Lane Medical Library

Über die in der greifswalder chirurg. Klinik
in dem Zeitraume vom Octbr. 1885 bis 1. April 1888
vorgekommenen Fälle von

Herniotomie.

Inaugural-Dissertation,

zur

Erlangung der Doktorwürde

in der

Medicin, Chirurgie und Geburtshülfe,

welche

nebst beigefügten Thesen

mit Zustimmung der Hohen Medizinischen Fakultät
der Königl. Universität zu Greifswald

am

Sonnabend, den 24. Mai 1890
Mittags 1 Uhr

öffentlich verteidigen wird

Georg Gaerber
aus Schweidnitz.

Opponenten:
Herr Dr. med. Fr. Landmann.
„ cand. med. Joh. Klatt.

Greifswald.
Druck von F. W. Kunike.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40153715_0027

Seinen Eltern

in Dankbarkeit

gewidmet

vom

Verfasser.

In neuerer Zeit ist man bestrebt, die wissenschaftliche Erforschung der einzelnen Krankheiten durch eine statistische Zusammenstellung genauer Krankengeschichten zu fördern.

Um nun für spätere grosse Statistiken über Hernien und über die Erfolge der operativen Behandlung derselben einen brauchbaren Beitrag zu liefern, ist in vorliegender Dissertation eine Übersicht über die vom October 1885 bis 1. April 1888 in hiesiger chirurgischen Klinik operativ behandelten Hernien gegeben. Die Anzahl der betreffenden Fälle ist allerdings eine bescheidene — sie beläuft sich auf 39 —, und obendrein ist das Material für solche Statistiken selten ein vollständiges. Denn schon der Umstand ist darauf von Einfluss, dass eine jahrelang nach der Operation fortgesetzte Beobachtung des Patienten und Kontrole über etwaige Rezidive auf grosse Schwierigkeiten stösst. Wenn nun gar erst mehrere Jahre verflossen sind, ohne dass die hauptsächlichsten Daten fixiert wurden, so ist es oft unmöglich, über das weitere Schicksal des Patienten etwas Sicheres zu erfahren, ein Übelstand, über den in allen derartigen Statistiken geklagt wird, und den ich selbst trotz des kurzen Zeitraumes, der seit der Beobachtung der Fälle verronnen ist, sehr wohl empfunden habe.

Bevor ich die einzelnen Krankengeschichten folgen lasse, will ich noch weniges bemerken über die Art der Hernien und die Verteilung derselben auf die verschiedenen Altersstufen und Geschlechter.

Von den 39 zu besprechenden Brüchen sind

Inguinalhernien . . . . 18 = 46,15 %
darunter Enterocelen . . . . . 14 = 35,89 %
Epiplocelen . . . . . 1 = 2,56 %
leere Brüche . . . . . 3 = 7,70 %

Cruralhernien . . . . . 19 = 48,72 %
darunter Enterocelen . . . . . 15 = 38,46 %
Epiplocelen . . . . . 2 = 5,13 %
leere Brüche . . . . . 2 = 5,13 %

Umbilicalhernien . . . 2
beides Enterocelen . . . . . 2 = 5,13 %

Angeboren waren 4 Brüche (Fall 10, 14, 36, 39); dieselben waren alle Inguinalbrüche (Entercolen), von denen 3 rechtsseitig, und 1 linksseitig waren. Unter den anzuführenden Hernien sind 3 Darmwandbrüche (Fall 1, 15, 33) und zwar 2 Crural- und 1 Inguinalbruch.

Ferner ist eine Littre'sche Hernie (Fall 28) zu registrieren.

Die Verteilung der Brüche auf die Altersstufen zeigt folgende Tabelle:

Alter in Jahren	Zahl
1—10	1
11—20	2
21 30	4
31—40	5
41—50	9
51—60	10
61—70	5
71—80	3

Was die Verteilung der drei verschiedenen zur Beobachtung gekommenen Arten der Hernien auf beide Geschlechter

anbelangt, so ergiebt Aufschluss darüber folgende tabellarische Übersicht.

Geschlecht	Inguinalhernien			Cruralhernien			Umbilicalherien	Sa.	%
	rechts	links	bilater	rechts	links	bilater			
Männl.	14	2	1	2	1	—	—	20	51,28
Weibl.	1	—	—	10	5	1	2	19	48,72
Sa.	15	2	1	12	6	1	2	39	
%	38,46	5,13	2,56	33,77	15,39	2,56	5,13	100,00	

Es folgen nun die Krankengeschichten, nach Jahrgängen geordnet.

Leider ist nicht in allen Fällen, welche lethal endeten, die Obduktion gestattet worden. Ist ein Sektionsprotokoll vorhanden, so wird es am Ende der betreffenden Krankengeschichte angeführt.

I.

Enterocele ing. ext. dext. incarcer.

Darmwandbruch. Herniotomie. Eiterung im Bruchsack. — Heilung.

26. IX. — 24. XI. 85.

Tagelöhnerfrau Hage, aus Stolp bei Anclam, merkt seit 8 Tagen Schmerzen in der rechten Leistengegend, Appetitmangel; kein Stuhl; Erbrechen, 7 Tage lang Behandlung von Kurpfuschern. Am 26. IX. diagnosticierte der Arzt einen Leistenbruch.

Stat. praes. Patientin von elendem Aussehen, grosser Schwäche, Unvermögen sich aufrecht zu erhalten. T. 39,3. P. 120. Brennende Schmerzen in der rechten Inguinalgegend. Erbrechen, Singultus und Druckempfindlichkeit des Abdomen nicht vorhanden. An obiger Stelle sehr harte, auf Druck äusserst schmerzhafte hühnereigrosse Geschwulst, deren grösste Ausdehnung von unten und aussen schräg nach innen oben über das Poupart'sche Band verläuft. Tumor nicht verschieb-

bar. Obschon peritonitische Erscheinungen und Incarcerationssymptome fehlen, lässt die bedeutende Temperatursteigerung und Vergeblichkeit jedes Repositionsversuches die baldige Operation angezeigt erscheinen.

Hermiotomie. Dieselbe erfolgt in der gewöhnlichen Art mit schichtweiser Durchtrennung der Decken oberhalb der Geschwulst. Der Schnitt verläuft in der Richtung ihrer Hauptaxe. Die durchtrennten Gewebe stark ödematös. Bruchsack aussen sehr glatt. Bei seiner Eröffnung entleeren sich cr. 100 ccm. stark fäcal riechenden Eiters. Berieselung mit Salicylbor. Freipräparieren der Bruchpforte. In ihr erscheint eine kleine Darmwandpartie, deren Einklemmung wahrscheinlich den Abscess herbeigeführt hat. Da Indication zu etwaiger Laparotomie nicht vorliegt, wird die Wunde nach sorgfältiger Reinigung mit Jodoformpulver bestreut, drainiert und mit Listerkrüllgaze tamponiert. Fixierender Verband. Eisblase auf den Bauch Eispillen. Cognac. Um 7½ Uhr unmittelbar nach der Operation Erbrechen und Singultus. (Chloroformwirkung.) Erneute Schmerzen in der Wunde. Puls schwach, kaum zu fühlen. Reichlich Cognac. 9 Uhr: Wiederholter leichter Frost. 2 Stunden post operat. T. 37,5; P. 90. 11 Uhr: Erbrechen, Singultus. Bauchdecken nicht aufgetrieben und nicht druckempfindlich. Leichter Schweiss. Patientin kräftiger; kein Schlaf. Grosse Unruhe. 12 Uhr: Erbrechen. Patientin sehr unruhig. Harndrang, Katheter; 1 Morphiumpulver. Am nächsten Tage (27. Sept.) mehrfaches Erbrechen galliger Massen und Singultus. Reichliche Flatus. Da am folgenden Tage über Schmerzen in der Wunde geklagt wird, so erfolgt V. W. Wunde reaktionslos. Drain mit rotem Gerinnsel angefüllt. Neues Drain. Jodoformpulver. Lister. Oleum Ricini. Kein Stuhl. 1. X. reichlicher Stuhlgang. Weiterer Wundverlauf normal. Frische rote Granulationen. Täglich touchieren mit Lap. mitig. Ende Oktober hat sich die Wunde noch nicht geschlossen. Kompression derselben mit elastischen Binden. Anfangs November hat sich die Wunde geschlossen bis auf einen zehnpfenniggrossen Defekt. Allgemeinzustand ein guter. Kräfte bedeutend gehoben. Heilung; Bruchband.

Patientin giebt auf eine Anfrage nach ihrem jetzigen

Befinden an, dass sie das erste Jahr nach der Operation das Bruchband beständig, in den andern Jahren nur zeitweise getragen habe. Bei schwerem Husten trete der Bruch an der alten Stelle wieder aus.

II.

Hernia crur. d. inflammata.
Entzündeter leerer Bruchsack.
Herniotomie. Heilung.
13. X. — 25. XI. 85.

Marie Nachbar, 37 J., Dienstmädchen aus Helmshagen, bemerkte Mitte Januar 1885 nach dem Heben eines schweren Korbes das plötzliche Hervortreten eines Bruches in der rechten Schenkelbeuge. Achttägige Bettruhe. Am 21. Jan. wurde sie im Stralsunder Krankenhause operiert und daselbst bei ihr eine Kotfistel gefunden. Sie verliess dasselbe nach 3monatlichem Aufenthalte, trotzdem die Fistel nicht ganz geschlossen und für geringe Mengen Kot noch durchlässig war. Sie erhielt ein passendes Bruchband. Nach weiteren 3 Wochen war die Fistel geschlossen und Patientin legte das Bruchband ab. Am 9. Okt. desselben Jahres bemerkte sie bei der Feldarbeit den Bruch plötzlich wieder hervortreten. Aufnahme in die hiesige Klinik.

Stat. pr. Patientin klagt über Kopfschmerz, Erbrechen und Frostgefühl. Appetit gering. Stuhlgang bereits 5 Tage angehalten. In der rechten Inguinalgegend unterhalb des Poupart'schen Bandes eine hühnereigrosse, auf Druck äusserst schmerzhafte Geschwulst von harter Consistenz.

Herniotomie. Bei der Operation wird ein derber, fibröser Bruchsack gefunden, in ihm ca. 50 ccm. gelblicher Flüssigkeit, jedoch kein Intestinum. Typische Exstirpation desselben und Verschluss der Operationswunde durch Etagennaht. Drainage. Am Abend erhält Patientin ein Darmrohr, aber ohne Erfolg. Desgl. am 14. Okt. morgens. Darnach reichlicher Stuhl. Weiterer Wundverlauf reaktionslos. Am 1. Nov. Wunde bis auf den untersten Winkel geheilt Drain fortgelassen. Lapis am unteren Wundwinkel. Keine Secretion Borsalbe und Heftpflasterverband. Heilung. Bruchband.

Jetziger Zustand unbekannt, da Aufenthalt der Patientin nicht zu ermitteln ist.

III.

Hernia ingnin. dect. ext. incarc. (durch Koprostase.)
Herniotomia externa. Heilung.
14. X. 85. — 26. XI.

Joh. Lübke, Dachdecker, 73 Jahr, aus Greifswald, will seit 10 Jahren seinen Bruch haben, der anfangs sehr klein, vor einem Halbjahr aber die Grösse eines Kindeskopfes angenommen haben soll. Reposition stets leicht. Kein Bruchband. Am 14. X. abermaliger Austritt des Bruches, der sofort hart geworden ist. Reposition unmöglich. Schmerzhaftigkeit gross.

St. pr. Patient stöhnt heftig, sieht kollabiert aus, klagt über grosse Schmerzen im Bruch und Unterleib. Auch in Narkose bleibt der Bruch irreponibel.

Herniotomia externa. Schnitt 6 cm. lang über die Mitte der Geschwulst. Es gelingt mit dem Finger die einklemmende Aponeurose des M. obliquus extern. abzutasten. Erweiterung der Bruchpforte mit dem geknöpften Messer. Leichte Reposition, Verschluss der Wunde durch einige Nähte. Am 15. spontan Stuhlgang, welcher geringe Mengen Blut enthält. Patient vollständig wohl. Heilung per pr. int. Ledernes Suspensorium.

Patient ist verstorben. In Betreff seines früheren Leidens war nichts zu ermitteln.

IV.

Enterocele inguin. ext. dextr. irrepon. non incarc.
Radicaloperation. Heilung.
9. XI. 85 — 3. I. 86.

Müller, Arbeiter aus Franzburg, 44 J., zog sich durch einen Fall einen rechtsseitigen Leistenbruch zu. Reposition stets leicht. Seit einigen Tagen Stuhlverstopfung. Keine peritonitischen Erscheinungen; Meteorismus. Aus dem rechten Inguinalcanal hängt ein beim Husten sich wenig anspannender, hühnereigrosser Intestinalteil heraus. Am tiefsten Teile desselben der Hoden palpabel und isolierbar. Die im Leisten-

kanal liegende Geschwulstpartie ist hart. Percussionsschall leer. Palpation ergiebt leichtes Pergamentknittern.

Radicaloperation. Typischer Schnitt. Bruchsack wenig adhärent; wenig Bruchwasser. Nur eine leicht reponierbare Darmschlinge in den ziemlich dicken und z. T. sülzig-gallertartigen Bruchsackhüllen. Exstirpation derselben. Der obere Stumpf des excidierten Sackes wird durch eine rings um ihn herum verlaufende „Tabaksbeutel"-Naht zusammengeschnürt. Hautnaht. Prima reunio.

Jetziger Zustand unbekannt, da Anfrage unbeantwortet blieb.

V.

Epiplocele inguin. ext. dextr. irrep. non incarc.

Verdickter, schwieliger Bruchsack. Radicaloperation. Heilung.

20. XII. 85 — 20. I. 86.

Carl Fürst, 36 J., Tischler aus Treptow a. T. Bei ihm ist im rechten Inguinalkanal nach erfolgloser Reposition eines vor 3 Wochen plötzlich entstandenen Bruches ein Taubenei grosser Tumor zurückgeblieben. Dem inneren Leistenringe entsprechend fühlt man durch die Bauchwandung eine kugelartige häutige Masse, welche auch erst seit der Reposition des Bruches bemerkt wird.

Radicaloperation. Es werden nach einem Schnitt über die Längsrichtung desselben präparatorisch Haut, Fascia superf. und mehrere Bindegewebsschichten durchspalten. Ein reichlich geschlängeltes Venennetz, dem Plex. pampiniform. angehörend, überzieht die Vorderseite eines in der Hautwunde erscheinenden flaschenartigen Gebildes, dessen Hals in der Bruchpforte liegt. Der Samenstrang befindet sich an dessen unterer Seite und etwas nach aussen. Nach stumpfer Lösung von leichten Adhäsionen wird der Sack geöffnet. In ihm ganz geringe Mengen seröser Flüssigkeit. Der Sack mit einer Wand von 2 mm. Dicke ist schwielig fibrös degeneriert und durch Einfaltungen der Wandung, welche wie Kämme in das Lumen hineinragen, mehrfach geteilt. Dieser verdickte Bruchsack ist mit alten Netzsträngen verwachsen. Dieselben werden isoliert. Bei dem Versuche, sie zu entfernen, zieht man aus dem Leistenkanale unregelmässig verschlungene

Netzmassen hervor. Dieselben sind knorpelhart und bestehen ganz aus schwielig-filzig degeneriertem Gewebe, bei dessen Durchschneidung teils opace, teils hell durchscheinende Partien gesehen werden. Erst nach diesen tritt normales Netz zutage, welches durch Catgutligaturen von den beschriebenen Appendices befreit wird. Tabaksbeutelnaht des Bruchsackhalses und Exstirpation des Sackes. Seidennaht der Wunde. Protektiv-Silk. Holzwollwatteverband. Prim. intent. Bruchband.

Patient befindet sich z. Z. ganz gesund. Trotz schwerer Arbeit in seinem Berufe ist der Bruch nicht wieder ausgetreten.

VI.

Hernia ing. ext. dext. irrep. non incarcer.

Radicaloperation. Heilung.

6. I. — 25. I. 86.

Joh. Lübke, 68 J., Zimmermann aus Wolgast. Ein kindskopfgrosser, vor 20 Jahren beim Heben eines schweren Fasses entstandener Leistenbruch war am 5. I. 86 nicht zu reponieren, obgleich dies früher leicht möglich war. Mittels Bruchband wurde er gut zurückgehalten. Trotz des letzteren trat am obigen Tage aber durch starkes Pressen beim Stuhlgange der Bruch aus. Derselbe zeigt bei der Untersuchung tympanitischen Ton.

Radicaloperatian. Typischer Schnitt. Freilegung des Bruchsackes. In ihm reichliche seröse, leicht blutig gefärbte Flüssigkeit. Nach Abfluss derselben leichte Reposition der Dünndarmschlinge unter gurrendem Geräusch. Exstirpation des Bruchsackes und Tabaksbeutelnath. Etagennaht, Drainage. Holzwollwatteverband. Wundverlauf reaktionslos und fieberfrei. Heilung. Passendes Bruchband.

Patient klagt über erneutes Heraustreten des Bruches lateralwärts von der Narbe; derselbe wird durch ein Bruchband gut zurückgehalten.

VII.

Hernia ing. ext. dext. irrep.

Coecum im Bruchsacke. Radicaloperation. Castration. Leichte Peritonitis. Heilung.

11. I. — 6. II. 86.

Joach. Stange, 61 J., Handelsmann aus Wusterhusen. Ein vor 20 Jahren entstandener rechtsseitiger Leistenbruch

hat dem Patienten nie Beschwerde gemacht, ist stets reponibel gewesen und wurde durch ein Bruchband, welches er bis vor 2 Jahren trug, gut zurückgehalten. Am 1. I. 86 bekam er plötzlich heftige Schmerzen und konnte die gänseeigrosse Geschwulst nicht mehr reponieren. Er hatte öfters angehaltenen Stuhl, weshalb er häufig seine Arbeit aussetzen musste. Die genaue Untersuchung nach seiner Aufnahme in die hiesige Klinik ergab folgendes: Aus dem rechten Leistenkanale ist in schräger Richtung eine gänseeigrosse, harte, bei Druck etwas schmerzhafte, prall gespannte Geschwulst ausgetreten; der Hoden von ihr völlig isoliert, der Samenstrang medial und hinten gelegen. Percussionston leer. Der Stiel des Tumors geht in den Leistenkanal hinein. Beim Husten drängt er gegen den in letzteren eingeführten Finger an. Beim Palpieren Pergamentknittern.

Radicaloperation. Bei derselben gelingt es nicht, den in die Bruchsackwandung eingewachsenen Plex. pampiniformis und den mit ihm und zahlreichen Adhäsionen verfilzten Samenstrang zu lösen. Castratio. Exstirpation des Sackes. Ein federkieldicker etwa 6 cm langer Netzstrang ist im Bruchsack leicht adhärent und wird ebenfalls entfernt. Eine sorgfältige Musterung der einzelnen Teile ergiebt mit der hinteren äusseren Seite des Bruchsackes in Verbindung eine wallnussgrosse Darmschlinge, deren haustrumartige Einschnürung und deren Mesenterium den Blinddarm erkennen lassen. Diese Schlinge wird von ihren leichten Adhäsionen an dem Bruchsacke gelöst und reponiert. Exstirpation des letzteren und Vernähung des äusseren Leistenringes. Drain. Lister. Ausser leichter peritonitischer Reizung, welche am dritten Tage vorübergeht, normaler, reaktionsloser und fieberfreier Verlauf. Heilung. Bruchband

Jetziger Zustand des Patienten unbekannt, da Anfrage unbeantwortet blieb.

VIII

Hernia cruralis dext. incarc.

Herniotomie mit Radicaloperation. Heilung.

17. V. — 9. VI. 86.

Frau Ücker, 40 J., aus Boltenhagen bei Wolgast, hat seit 10 Jahren einen rechtsseitigen Bruch, der ihr nie Be-

schwerden machte. Sie trug auch kein Bruchband. Vor einigen Tagen fühlte sie beim Heben eines Korbes einen plötzlichen heftigen Schmerz in dem Bruche, auch wurde die Geschwulst grösser. Pat. wurde bettlägerig. Stuhl hartnäckig angehalten. Erbrechen.

St. pr. Elend aussehende, mittelgrosse Frau. In der rechten Schenkelbeuge ein mehr als hühnereigrosser geröteter Tumor. Druck schmerzhaft. Leichte Fluktuation. Der grösste Durchmesser der Geschwulst liegt parallel dem Lig. Poup. Unterhalb desselben reicht ihr Stiel bis zum medialen Rande der Schenkelgefässe und fühlt sich höckerig und gelappt an. Puls klein, frequent. Resp. beschleunigt. T 40°. Starkes Erbrechen. Aufgetriebener schmerzhafter Unterleib. Foet. ex ore.

Radicaloperation. Die Operation ergiebt einen stark gelappten, nach oben dislocierten Bruchsack mit cr. 60 cm. seröser, blutiggefärbter Flüssigkeit. In ihm eine blaurot verfärbte, cr. 10 cm. lange Darmschlinge. Erweiterung der Bruchpforte. Am abführenden Ende des Darmes zeigt sich eine circuläre, sehr blass aussehende Einschnürungsstelle. Die Darmschlinge wird aus der Bruchpforte mit herausgezogen. Sie erholt sich nach einiger Zeit. Es wird nach sorgfältiger Desinfection derselben die Reposition vorgenommen. Bruchsack exstirpiert. Naht. Drain. Trockener Verband. Wundverlauf reaktionslos, fieberfrei. Bruchband.

Jetziger Zustand der Patientin unbekannt, da Anfrage unbeantwortet blieb.

IX.

Hernia crur. dext. irrep. (Epiplocele.)

Schwielig dagenerierter Bruchsack. Radicaloperation. Heilung.

18. V. — 10. VI. 86.

Frau Heiden, 54 J., aus Japenzin, hatte vor einigen Tagen beim Arbeiten das Gefühl, „als wenn ihr in der rechten Schenkelbeuge die Gedärme aus dem Bauche hervorbrechen sollten.“ Sie sah am Abend desselben Tages das Hervortreten einer Geschwulst in obiger Gegend. Sehr schmerzhafte Repositionsversuche blieben ohne Erfolg. Stuhlgang war am 18. V. noch vorhanden; früher habituelle Verstopfung. Die Geschwulst etwa hühnereigross, wegen des starken

Fettpolsters schwer zu palpieren: Konsistenz ziemlich hart. Leicht knollig, auf Druck empfindlich. Hustenstösse setzen sich deutlich in dieselbe fort.

Radicaloperation. Durch die Operation am 21. V. wird der Bruchsack freigelegt, dessen Hals nach innen von den grossen Schenkelgefässen unterhalb des Lig. Poup. liegt. Der Fundus des Bruchsackes ist nach oben dislociert. In ihm ca. 40 ccm. rötlicher Flüssigkeit, ferner ein Stück adhärenten Netzes, welches nach einer Ligatur mit Catgut excidiert wird. Der Stumpf wird reponiert. Der Bruchsack wird am Hals tabacksbeutelähnlich unterbunden und exstirpiert. Seine Wände sind sehr verdickt und schwielig. Darauf Naht der Wunde. Lister. Flüssige Nahrung. Tinct. Opii. Wundenverlauf reaktionslos und fieberfrei. Prima reunio. Bruchband.

Jetziger Zustand der Patientin nicht bekannt, da Anfrage unbeantwortet blieb.

X.

Hernia ing. dext. ext. congenita reponibilis non incarc. Radicaloperation. Heilung.

5. VI. — 14. VII. 86.

Gustav Luc, 20 J., Arbeiter aus Zielsdorf, hat nach Angabe seiner Mutter von Geburt an einen rechtsseitigen äusseren Leistenbruch, welcher stets reponibel war. 6 Jahre alt bekam er ein Bruchband zu tragen. Da dasselbe ihn jedoch stark scheuerte, legte er es bald ab, ohne es wieder zu tragen. Abends reponierte Pat. ohne Schwierigkeit seinen Bruch, der Morgens beim Aufwachen stets noch reponiert war. Luc wünscht nun dauernde Heilung von seinem lästigen Leiden und wird operiert. Bei der genauen Untersuchung ergiebt sich, dass beim Husten und Pressen aus dem rechten Inguinalring, der für einen Finger durchgängig ist, ein Intestinalteil bis Männerfaustgrösse in das Scrotum herabsteigt. Ton tympanitisch. Beim Palpieren gurrendes Geräusch. Keine Entzündungserscheinungen; vollständig reponibel. —

Typische Operation. Exstirpation des Bruchsackes. Contraincision an der tiefsten Stelle des Scrotums. Moosverband. Elastische Binde. Heilung. Bruchband.

Jetziger Zustand des Patienten unbekannt, da Anfrage unbeantwortet blieb.

XI.

Hernia crur. bilateral. irrepon. incarcer.

Kompliciert mit lobärer Pneumonie. Herniotomie mit nachfolgender Radicaloperation. Heilung.

14. VI. — 9. VII. 86.

Frau Nowack, 66 J., Greifswald, leidet seit 2 Jahren an einem doppelseitigen Schenkelbruche, weswegen sie früher schon in hiesiger Klinik behandelt wurde. Sie hatte keine Beschwerden und der Bruch wurde durch ein passendes Bruchband gut zurückgehalten. Am 12. Juni 86 fühlte sich Pat. sehr unwohl. Heftiges Erbrechen mit starken Schmerzen im rechten Bruche während der ganzen Nacht. Am nächsten Morgen Koterbrechen. Pat. hat früher 3 mal Pneumonie durchgemacht. Elend aussehende, abgemagerte Person. Puls klein, frequent. Heftiger Husten. Bronchitis. Geschwulst in der rechten Schenkelbeuge faustgross. Die Haut über derselben entzündlich gerötet und prall gespannt. Ziemlich feste Konsistenz, deutliche Fluktuation. Schall tympanitisch; der Tumor liegt auf den Schenkelgefässen, setzt sich in einen Stiel fort unterhalb des Lig. Poup. und nach innen von der Vena femor. Palpation schmerzhaft. An der äusseren Seite des Tumors eine kleinere, weit härtere knollige Partie zu fühlen.

Operation $\frac{1}{4}$ Stunde nach Einlieferung der Pat. in die Klinik. Freilegung des Bruchsackes durch Längsschnitt über die Mitte der Geschwulst. Eröffnung desselben, cr. 60 ccm. sanguinolenten Bruchwassers. Der Bruchinhalt eine cr. 10 cm. lange, blutrot gefärbte Dünndarmschlinge. Lateral von ihr ein adhärenter Netzknollen. An dem abführenden Darmende ein deutlich grau aussehender Abschnürungsring. Die abgeschnürte Partie erholt sich bald. Reposition der Schlinge nach sorgfältiger Desinfektion und geringer Erweiterung der Bruchpforte. Exstirpation des entarteten Netzknollens nach Unterbindung des centralen Endes mit Catgut. Nochmalige Revision der Wunde. Catgut-Tabaksbeutelnaht des Bruchsackhalses. Exstirpation. Drainage. Naht und Listerverband. Unmittelbar nach der Operation um $12\frac{1}{2}$ Uhr Entleerung

reichlicher Flatus. Kein Erbrechen. Stuhlgang erfolgt um 1½ Uhr und 3 Uhr, letzterer sehr reichlich. T. 37,2 morgens, 38,3 abends. Wundverlauf durch lobäre Pneumonie complicirt. Bronchiectatische Erscheinungen. 16. Juni: Die physikalische Untersuchung ergiebt beiderseits hinten und unten grossblasige feuchte Rasselgeräusche. — geballtes Sputum. 20. Juni: Allgemeine Schwäche und Atemnot. Puls aussetzend. 21. Juni: V. W. Wunde entzündungsfrei, etwas seröses Sekret. Entfernung der Nähte und Drains. Allgemeinbefinden bedeutend besser. 28. Juni: Heilung der Wunde p. p. int. Borsalbe. Heftpflasterverband. Bruchband.

Patientin ist im Jahre 1889 verstorben. Todesursache unbekannt. Inbetreff ihres Bruches konnte nicht ermittelt werden, ob die Operation dauernde Heilung zur Folge hatte.

XII.

Hernia crur. dextr. incarc.

Frau Schöpke aus Wolgast, operiert am 2. VIII. 86. Herniotomie. Anlegung eines Anus praeternaturalis. Nach 7 monatl. Behandlung mit einem Bruchband entlassen, welches mit einer Pelotte den An. praetern. gut verschloss. Bis Februar 1890, wo Patientin an Pneumonie verstarb, war sie wohlauf; Defaecation durch den An. praetern. ging gut von Statten. Krankengesch. fehlt.

XIII.

Hernia inguin. ext. dextr. incarc.

Torsio mesenterii et Volvulus ilei.

Herniotomia int. Resectio ilei. Punktion des Darmes. Magenausspülung. Exit. leth.

6. XII.—7. XII. 87.

Lühder, 63 Jahr, Arbeiter aus Malzow, früher stets gesund, leidet seit seinem 25. Jahre an einem Unterleibsbruche, welcher seit einigen Jahren bis zur Grösse einer Mannsfaust gewachsen, jedoch stets leicht reponierbar war und tagelang reponiert blieb. Anfang 1887 dauernder Verfall des Bruches, für welchen ihm der konsultierte Arzt ein Bruchband verschrieb, das gut passte. Am 5. XII. abends bemerkte er, als er sich zu Bette legte, dass der Bruch ganz plötzlich unter lebhaften Schmerzen sehr viel grösser wurde.

Ein Repositionsversuch schlug fehl. Die Schmerzhaftigkeit dehnte sich auf den ganzen Leib aus und nahm fortwährend zu. Ohnmacht, kalter Schweiss auf Stirn und ganzem Körper. Später Erbrechen fäculent riechender Massen. Stuhl seit zwei Tagen nicht erfolgt. In diesem Zustande wurde Patient am 6. XII. in die Klinik überführt.

Stat. praes. Kräftig gebauter, etwas magerer Mann, mit scharf ausgeprägter Muskulatur. Stark leidender, ängstlicher Gesichtsausdruck. Farbe blass; Stirn und Hände feucht. Schleimhäute trocken, leicht cyanotisch. Foetor faeculentus ex ore. P. 120, von mittlerer Spannung. Arterienrohr elastisch. Keine atheromatöse Entartung der Gefässe. Respiration regelmässig, 30 i. d. Min. Lunge frei. Herztöne laut und rein. Beim Entkleiden des Patienten präsentiert sich eine über Kindskopf grosse, kugelige Geschwulst am Scrotum, welche die Haut desselben völlig geglättet hat und augenscheinlich der rechten Hälfte desselben angehört. Der Penis ist bis auf eine nabelige Runzelung an der Spitze des Praeputiums verschwunden. Der rechte Hoden nicht sichtbar; der linke wird erkannt an einer leichten linksseitigen Hervorwölbung, an den Tumor ansitzend. Die linke Hälfte des Scrotums zeigt noch einige Runzeln und Falten. Die Geschwulst reicht nach aufwärts über das Poupart'sche Band, dessen mediale Hälfte von ihr bedeckt wird, und scheint sich in die Gegend des äusseren Leistenkanals fortzusetzen. Beim Belasten des Geschwulst entstehen gurrende Geräusche, die Haut ist prall elastisch. Keine Fluktuation. Tympanitischer Schall. Der Stiel des Tumors setzt sich in den Leistenkanal fort. Der Samenstrang nicht von demselben isolierbar. Penis unter der Haut nach links verschoben. Abdomen überall gleichmässig meteoristisch aufgetrieben und namentlich in der Nähe des Tumors druckempfindlich.

Operation. In der Narkose werden in Rückenlage und mit gebeugten Oberschenkeln Repositionsversuche angestellt. Unter komprimierenden und die Geschwulst allseitig verschiebenden Bewegungen gelingt es, den Tumor um etwa $\frac{1}{3}$ seines Volumens zu verkleinern. Die reponierten Teile stürzen jedoch beim Nachlassen des Druckes sofort wieder hervor und geben dem Hoden die alte Gestalt. Von einer

Herniotomia interna wird Abstand genommen aus Rücksicht auf die gefahrvolle Kompression des Zwerchfelles, welche durch die Reposition so erheblicher Massen meteoristischer Darmschlingen hervorgerufen werden würde. Daher Herniotom. ext. 6 cm. langer Schnitt, in der Gegend des Annulus ing. ext. beginnend, in der Richtung des Samenstranges unmittelbar bis auf den Bruchsack. Stumpfe Isolierung de Leistenkanals mit dem Finger. Auch jetzt gelingt es nichts einen grösseren Teil des Bruchinhalts in die Bauchhöhle zurückzuschieben. Daher wird der Bruchsack in einer Ausdehnung, gross genug, um den Zeigefinger passieren zu lassen-eröffnet, in der Absicht, das Bruchwasser abfliessen zu machen, Dasselbe strömt anfangs sehr reichlich hervor, ist nicht getrübt, aber stark haemorhagisch und hat einen äusserst karakteristischen, dem des Fleischwassers ähnlichen Geruch. Nach Abfluss desselben stellt sich hochcyanotischer Darm in die Öffnung ein. Der eingeführte Finger konstatiert, dass von einer Einklemmung im äusseren Leistenringe und im Kanal nicht die Rede ist. Die zahlreich vorliegenden Darmschlingen sind stark meteoristisch. Nunmehr gelingt es anscheinend, einen grösseren Teil des Bruchinhaltes in die Bauchhöhle zurückzuschieben. Catgutnaht des Bruchsack. schlitzes. Einlegung eines kurzen Drains mit Gegenöffnung nach der Leistenbeuge zu und 4 Chromgutligaturen der Haut, Während des weiteren Verlaufs der Operation Erbrechen sehr übel riechender bräunlicher Massen. Bei herabhängendem Kopfe Magenausspülung. Entleerung grosser Mengen gleicher Flüssigkeit, während gleichzeitig die Bauchdecken etwas erschlaffen. Katheterismus entleert ca. ½ l hellen Harns. Das Befinden des Patienten unmittelbar nach der Operation leidlich. Leib nicht mehr gespannt. Bruchgeschwulst bedeutend kleiner und weicher. Puls gut, 130. Leichter Verband.

Um 4½ Uhr nachmittags subjektives Befinden gut. Keine Flatus, kein Erbrechen. Schmerzhaftigkeit des Abdomens nur auf Druck etwas gesteigert. T. 37,6; P. 130; R. 35. Bruchgeschwulst wieder etwas gespannter. Gegen 7 Uhr abends klagt Patient über heftige Schmerzen in der Geschwulst und im Leibe. Abdomen bei leisester Berührung äusserst empfindlich. Bruch entschieden grösser als bei der Aufnahme,

auch praller gespannt. T.: 37,0; P. 148; R. 40. Der leichte Verband wird entfernt, und ohne Narkose die völlig reizlose Wunde wieder geöffnet. Die nun folgende Operation wird von Anfang bis zu Ende ohne nennenswerte Schmerzäusserungen des Patienten sine narcosi ausgeführt. Der erste Schnitt wird über das ganze Scrotum verlängert, und nunmehr der ganze Bruchsack von dem wiedergeöffneten Schlitze aus mit der Scheere gespalten. Es erscheinen aus der Wunde hervorquellend zwei Particen Darmschlingen von völlig verschiedenem äusseren Verhalten. Ein gut 2 Fäuste grosses Konvolut dunkelblauroter, höchstgradig aufgetriebener, vielfach durch alte Narbenplatten und -stränge mit einander verwachsener, kurz umgebogener, einer grossen Traube ähnlicher Darmschlingen sitzt einem derben, nach oben in den Leistenkanal aufsteigenden Mesenterialstiel drehbar auf. Dieses Konvolut wird nach unten hin umrahmt von einer ziemlich langen, nicht so hochgradig veränderten, blasseren und weniger prallen, innen auch reichlich Gase enthaltenden Darmschlinge. Obiger Mesenterialstiel hat eine Axendrehung erfahren, und zwar eine Viertelsdrehung im Sinne des Uhrzeigers von rechts aussen nach innen links. Durch eine Drehung im entgegengesetzten Sinne, welche jeden Augenblick leicht ausgeführt werden kann, scheint das Circulationshindernis beseitigt werden zu können. Da es sich jedoch als unmöglich erweist, trotz reichlicher laparotomischer Erweiterung der Wunde durch einen Schnitt in den M. obliqu. nach oben, das gestielte Darmkonvolut zu reponieren, so wird eine Totalresektion desselben geplant. Deshalb wird zunächst versucht, die oben beschriebene, einem grossen Rahmen ähnliche Darmschlinge zu reponieren. Auch dies gelingt nicht. Auch diese Darmteile sind zu hochgradig gespannt, weshalb eine Punktion des Darmrohrs an peripherster Stelle mit einer grösseren Pravaz'schen Nadel vorgenommen wird. Es entleeren sich reichliche Massen kotig riechender Darmgase und flüssigen, bräunlich-haemorrhagischen Darminhalts. Die Punktionsstelle wird mit 2 Catgutsuturen im Sinne der Lembert'schen Darmnaht überbrückt. Aber auch jetzt ist der Versuch, die umrahmende Schlinge in die Bauchhöhle zu reponieren, vergebens. Obwohl ein gut Teil derselben sich zurückschieben lässt,

bleibt immer noch eine grosse Schlinge unterhalb der gestielten Traube zurück. Daher wird zunächst die Resektion der letzteren vorgenommen. Zu diesem Zwecke wird nunmehr der Mesenterialstiel, um den die Axendrehung erfolgt ist, thunlichst hervorgezogen, so dass die beiden zu dem Darmkonvolut verlaufenden Darmrohre deutlich übersehen werden können, wobei konstatiert wird, dass das innere der unmittelbar vor dem Coecum liegende Teil des Ileum (also der abführende) ist. Es gelingt sogar, bei starkem Zug ein Stück des Coecum zu Gesicht zu bekommen. Vorläufig provisorische Umschnürung beider Darmenden mit dicken Catgutfäden. Es folgt die Resektion des Darmschlingenkonvoluts und seines Mesenteriums. Isoliertes Fassen und Ligieren seiner Gefässe. Keine nennenswerte Blutung. In das zuführende äussere Darmrohr wird ein langer Gummischlauch eingeführt, und durch ihn reichliche Mengen Darminhalts entleert. Nunmehr wird die noch prolabierte, das resecierte Darmkonvolut früher umrahmende Darmschlinge zu reponieren versucht. Auch jetzt gelingt es nicht. Bei dieser Schlinge blieb nichts anderes übrig, als in dem ihr zugehörigen Mesenterialblatte einen Schlitz zu schaffen und durch diesen die beiden Resektionsenden hindurchzustecken. Und nunmehr gelang es, das prolabierte Darmstück nach oben umzustülpen und links oberhalb des resecierten Mesenterialstumpfes in die Bauchhöhle zurückzuschieben. Das Gummirohr wird mit dem zuführenden Darmende vernäht. Verschluss der Operationswunde nach typischer Exstirpation des Bruchsackes. Feuchter Verband. Zum Schluss der Operation, die ca. 1 Stunde dauert, tritt Erbrechen auf. Wiederum Kussmaul'sche Magenausspülung. Der Leib ist sehr weich geworden. Patient fühlt sich nach der Operation erheblich erleichtert. P. 100; T. 37,5; R. 25. Reichlich Wein. Erwärmende Umhüllungen. Ganz allmählich erneuert sich der Meteorismus. Unter zunehmender Pulsfrequenz sinkt die Herzkraft zusehends. Um $12\frac{3}{4}$ Uhr nachts Collaps u. exit. leth.

Die Sektion ergab, ausser den schon beschriebenen pathologischen Veränderungen des Darms, starken Meteorismus. Das eine Drittel des Darmes zeigt eine hellgraue Farbe, während die beiden anderen Drittel, namentlich die Partie, die

nach rechts unten in der Gegend der Bruchpforte liegt, eine sehr starke blutige Infiltration erkennen lassen. Es hatten sich starke fibrinöse Adhäsionen des resecierten Darmes an die umgebenden Gewebsteile gebildet. Der Tod erfolgte an Erschöpfung.

XIV.

Hernia ing. ext. dext. congenita incarc.
Herniotomie mit Radicaloperation. Heilung.
16. X. — 3. XI. 86.

Hohensee, 27 J., Schmied, aus Rubenow bei Wolgast. Patient leidet seit seiner Geburt an einem rechtsseitigen Leistenbruche. Derselbe machte ihm bis vor 1½ Jahren keine Beschwerden und wurde durch ein passendes Bruchband gut zurückgehalten. Am 13. X. stiess er sich bei der Arbeit an die Bruchstelle. Da er grade das Bruchband nicht trug, trat der Bruch aus. Selbstangestellte Repositionsversuche erfolglos. Am 15. X. Erbrechen zuerst galliger, dann faeculenter Massen. Die Untersuchung vor der Operation ergiebt rechtsseitige, faustgrosse Hernia scrotalis. Rechter Testikel nicht zu fühlen. Geschwulst druckempfindlich. Haut über derselben wenig gerötet, ziemlich straff.

Herniotomie. Typischer Schnitt durch die die Hernie bedeckenden Schichten. Es ergiessen sich aus dem in seiner ganzen Länge geöffneten Bruchsacke ca. 250 ccm. blutig seröser Flüssigkeit. In ihm, bedeckt von einem kleinen Stücke Omentum, Dünndarmschlingen von kastanienbrauner Farbe. Auf der dem Mesenterialansatze gegenüberliegenden Seite finden sich Suggilationen. Bruchpforte sehr eng. Am Einschnürungsringe keine nekrotisierten Partieen. Nach Spaltung des Annul. ext. et int. gelingt es leicht, die sorgfältig desinficierten Darmschlingen zu reponieren. Exstirpation des Bruchsackes nach Tabaksbeutelnaht seines Halses. Wundnaht. Listerverband. Am Operationstage noch mehrfach Erbrechen und Singultus. Einen Tag später kräftige Flatus. Schmerzhaftigkeit der Wunde verliert sich. Heilung per primam. Bruchband. —

Patient befindet sich jetzt wohlauf und spürt nichts von einem neuen Hervortreten des Bruches.

XV.

Hernia crur. dext. incarc.

Darmwandbruch. Herniotomie mit nachfolgender Radikaloperation. Exitus lethal.

Raschke, Arbeiter, aus Greifswald, 55 Jahr alt. Krankengeschichte ist verloren gegangen. Patient wurde am 21. IX. 86 in die hiesige Klinik mit Einklemmungserscheinungen eingeliefert. Sofortige Operation. Am nächsten Tage (22. IX.) Tod des Patienten an Erschöpfung. Sektionsprotokoll nicht zu finden.

XVI.

Hernia crur. sin. incarc.

Herniotomie ausserhalb der Klinik. Zugang mit Kotfistel. Exit. leth.

14. XI. — 22. XI. 86.

Frau Siebenbrodt, 52 J., aus Gützkow, hat schon seit Jahren eine kleine Geschwulst in der linken Schenkelbeuge bemerkt, die als Hernia cruralis diagnosticiert wurde. Da sie ausser zeitweiligen Unregelmässigkeiten im Stuhlgange keine Beschwerden fühlte, so hat sie nie ein Bruchband getragen. Am 5. Nov. empfand sie heftige Schmerzen in der Geschwulst, welche ohne äussere Ursache auftraten, und denen Erbrechen folgte. Durch das Würgen dabei vergrösserte sich der Tumor, auch nahmen die Schmerzen zu. Bei ihrer Aufnahme in hiesige Klinik am 14. XI. 86 ist in der linken Schenkelbeuge eine dem lig. Pouparti parallel laufende, stark klaffende Incisionswunde zu sehen, ca. 6 cm. lang, aus der eine 10 cm. lange, vollständig nekrotische Darmschlinge herausragt. In ihr eine 1 qcm. grosse Öffnung mit 2 Drains. Umgebung der Fistel entzündlich gerötet und mit übel riechenden Fäcalmassen besudelt. Der Allgemeinzustand ist ein befriedigender und lässt augenblickliche Befürchtungen nicht zu. Wegen Harnverhaltung Katheterismus. Die Fistel und ihre Umgebung werden mehrmals täglich gereinigt, mit Salicylpulver bestreut und mit Jodoformgaze bedeckt. Darüber Verband.

Am 22. Nov. früh plötzlich und unvermutet exit. leth. Sektionsprotokoll nicht vorhanden.

XVII.

Hernia crur. dextr. irrepon.

Herniotomie. Heilung.

Frau Ehlert, aus Jarmen, operiert am 21. XI. 86.

Die Krankengeschichte ist verloren gegangen.

Nach den im Jahre 1890 über das Befinden der Patientin eingezogenen Erkundigungen ist dieselbe von einem erneuten Auftreten des Bruches bis zu obigem Termine verschont geblieben. Es zeigten sich weder Schmerzen an der Stelle des operierten Bruches, noch selbst bei starkem Pressen und Husten irgend welche Hervorwölbung von Intestinalteilen.

Die Narbe ist an den unter derselben liegenden Geweben nicht adhärent.

Patientin hat seit ihrer Operation stets ein Bruchband getragen, welches nur einen schwachen Federdruck auf die Narbe ausübt.

XVIII.

Hernia crur. dext. incarc.

Herniotomie mit nachfolgender Radicaloperation. Heilung.

Operation am 13. II. 1887.

Krankengeschichte ist verloren gegangen.

Frau Scharenweber aus Loitz.

Patientin befindet sich jetzt nach ihrer eigenen Angabe wohl, und hat von einem erneuten Auftreten eines Bruches an der alten Stelle bis jetzt nichts bemerkt. Sie trägt stets ein Bruchband.

XIX.

Hern. crur. dextr. incarc. (Entero-Epiplocele.)

Herniotomie mit nachfolgender Radikaloperation. Heilung.

Frau Klass, Wusterhusen, 55 Jahr.

Die angestellten Recherchen betreffend den jetzigen Aufenthalt der Patientin sind erfolglos geblieben.

XX.

Hernia crur. sin. oment. incarc.

Herniotomie mit nachfolgender Radikaloperation. Zwei ineinandergeschachtelte Bruchsäcke. Heilung.

16. III. — 4. IV. 87.

Frau Schwerin, 52 J. alt, aus Ziemitz bei Wolgast, hat seit 10 Jahren etwa eine wallnussgrosse Geschwulst in

der linken Schenkelbeuge; dieselbe machte ihr jedoch keinerlei Beschwerden. Vor drei Tagen sprang sie mit schwerer Last mehrere Stufen einer Treppe hinab und bemerkte sofort darnach grosse Schmerzhaftigkeit in der Gegend der Geschwulst. Auch hatte letztere an Grösse zugenommen. Erbrechen, Stuhlverhaltung oder sonstige Beschwerden sind nicht vorhanden. Letzter Stuhlgang am 15. II. abends.

Die Untersuchung ergiebt eine Enteneigrosse Geschwulst in der linken Schenkelbeuge, deren grösste Ausdehnung in der Verbindungslinie der Spina ant. sup. mit der Symphysis verläuft. Haut über derselben normal. Die Geschwulst liegt nach innen von der Schenkelarterie und z. T. noch auf ihr. Sie ist deutlich gestielt; Konsistenz prall elastisch; deutliche Fluktuation. Perkussionsschall leer. Details über den Inhalt sind nicht herauszufühlen. Geringe Druckempfindlichkeit. Der Hustenstoss wird in die Geschwulst nicht fortgeleitet.

Herniotomie mit nachfolgender Radikaloperation. Typischer Längsschnitt über die Geschwulst. Unter der durchtrennten Fascie erscheint ein birnförmiger Sack, bei dessen Eröffnung sich ca. 10 ccm. bernsteingelber Flüssigkeit entleeren. In ihm liegt ein zweiter Bruchsack, welcher dünnere Wandungen zeigt als der erste und der mit blutigem Serum gefüllt ist. Ein Stück Netz adhäriert an seiner Wandung. Dasselbe wird hervorgezogen und mit 3 Ligaturen unterbunden und exstirpiert; der Stumpf wird versenkt. Darauf wird der innere Bruchsack von einzelnen Adhäsionen mit dem äusseren befreit, mit Catgut unterbunden und exstirpiert. Es folgt Tabaksbeutelnaht des äusseren Bruchsackes und Exstirpation desselben. Drainage, Naht, Lister. In der der Operation folgenden Nacht wird die Patientin sehr unruhig. Mehrmaliges Erbrechen. — Am nächsten Morgen ist das subjektive Befinden gut.

26. III. V. W. Entfernung der Nähte und Drains. Listerverband. 30. III. Wunde per primam geheilt. 4. IV. Narbe glatt und verschiebbar. Heilung. Bruchband.

Frau Schwerin hat bis jetzt von einem erneuten Hervortreten eines Bruches an alter Stelle nichts gemerkt.

XXI.

Hernia inguin. ext. dextr. incarc., Ileus.

Reposition en bloc. Ablösung des Peritoneums im Bruchsack wie um die Bruchpforte herum. Den Einklemmungsring bildete das Peritoneum an der Bruchpforte, welches den Darm eingeschnürt hielt und durch die Bruchpforte bei der Reposition en bloc mit in die Bauchhöhle reponirt worden war.

Herniotomie mit nachfolgender Radikaloperation. Heilung.

24. III. — 12. IV. 87.

Aug. Lewin, 47 J., Landmann aus Dargen, leidet seit 12 Jahren an einem rechtsseitigen Unterleibsbruch, der bisher leicht reponibel war. Tag und Nacht hat er ständig ein von ihm selbst konstruiertes Bruchband (monströses Exemplar mit plumpestem Spiralfederdruck an der Pelotte). Am 21. III. hat er dasselbe behufs neuer Umwickelung der Pelotte abgenommen. Als er die nunmehr prolabierte Hernie reponieren wollte, fühlte er in derselben ein gurrendes Geräusch und lebhaften Schmerz. Trotzdem gelang ihm die Reposition leicht. Jedoch fühlt sich Patient seither sehr krank. Starke Schmerzen im Abdomen. Übelkeit; Stuhlverhaltung seit dem 21. III. und seit 23. III. Koterbrechen.

Stat. praes. Patient ist von kräftiger Konstitution und gutem Ernährungszustande. Gesichtsausdruck leidend, ängstlich. Atemthätigkeit ungestört. P. 120, klein. Bauchdecken prall gespannt. Nach Abnahme des Bruchbandes erweist sich der Leistenkanal für 2 Finger gut durchgängig. Die Apertura ext. canal. inguin. sinistr. ist weiter als normal. Rechterseits ist ein Bruch bei Rückenlage des Patienten nicht zu palpieren; jedoch ist die ganze rechte Inguinalgegend auf Druck stark schmerzhaft. Nach innen von der äusseren Leistenkanalöffnung kann man einen eigentümlichen Kirschkern grossen Spalt, anscheinend in der Fascie, herausfühlen. Bei aufrechter Stellung des Patienten und bei tiefer Inspiration tritt eine Geschwulst von der Grösse eines Hühnereies aus dem rechten Leistenkanal heraus. Sehr pralle Spannung. Reposition en bloc leicht ausführbar. Trotzdem dass der Bruch reponirt wurde und sein Inhalt in der Bauchhöhle verblieb, trat bei dem Patienten während seines jetzigen Aufenthaltes in der Klinik noch mehrmals Erbrechen auf. Das Erbrochene ist flüssig, leicht gallig gefärbt, von kotigem, sehr penetrantem Geruch.

24. III. abends: Magenausspülung (nach Kussmaul) mit Salzlösung (8 l). Dabei stürzen neben der Schlundsonde reichliche Mengen bräunlicher Flüssigkeit von kotigem Geruche hervor. Opium.

25. III. Die vergangene Nacht war besser als die vorhergehende. Allgemeinbefinden ebenfalls etwas besser als gestern. Kein Stuhl, keine Flatus. Abdomen noch praller gespannt als gestern und in grösserer Ausdehnung druckempfindlich. Bruchpforte leer. Gegen 11 Uhr morgens tritt wieder heftiges Erbrechen und kalter Schweiss auf. Es wird nunmehr zur sofortigen Operation geschritten.

Herniotomie mit nachfolgender Radicaloperation. Der Patient nimmt eine aufrechte Stellung ein. Es tritt infolgedessen der Bruch wieder aus und wird nunmehr nicht reponiert. Nach Eintritt vollständiger Narkose wird ein 10 cm langer Schnitt durch Haut und Fascie gemacht, und der Bruchsack praeparando freigelegt. Reichliches properitoneales Fett. Eröffnung des Bruchsackes. Bräunlich rotes Bruchwasser fliesst in spärlicher Menge ab. Die Wand des Bruchsackes ist dunkelblaurot und mit punktförmigen Haemorrhagieen durchsetzt Leichter fibrinöser Beschlag auf derselben. Im weitgespaltenen Bruchsacke liegt ein Stück cyanot. Darmschlinge. Die Serosa derselben ist leicht getrübt. An einer Pfennigstück grossen Partie ist dieselbe nussbraun und mit zarten Fibrinfäden beschlagen. Diese Stelle wird durch Anlegen von 3 Catgutnähten nach Art der oberflächlichen Lembert'schen Naht mit der intakten Serosa der Umgebung gewissermassen überbrückt. Die etwa 8 cm lange Darmschlinge ist incarceriert. Der Einklemmungsring wird mit dem Bruchmesser hoch oben eingespalten. Nunmehr erweist sich das Peritoneum sowohl des Bruchsackes als auch das intraabdominelle in grosser Ausdehnung abgelöst, wie der eingeführte Finger leicht konstatieren kann. Die Reposition en bloc war. also durch eine Totalablösung des Peritoneums innerhalb des Bruchsackes und einer beträchtlichen intraabdominellen Ausdehnung um den Incarcerationsring erfolgt, wodurch das auffallende Phänomen eines prolabierenden, reponiblen und dennoch incarcerierten Darmstückes seine Erklärung findet. Reposition des befreiten und partiell ver-

nähten Darmstückes. Unterbindung und Exstirpation des Bruchsackes. Etagennähte. Schluss der Wunde durch acht Hautnähte. Drain. Lister. Opium.

26. III. Die verflossene Naht war gut. Leib weniger gespannt. Allgemeinbefinden ein gutes. Gegen Mittag die ersten Flatus. Geringe Tympanie des Abdomens.

27. III. Abdomen nur noch wenig gespannt. Reichliche Flatus.

28. III. Dünner Stuhl.

3. IV. V. W. Wunde reizlos. Wenig Sekret. Drain und Nähte entfernt. Täglich breiiger Stuhl nach Darmeinlauf.

5. IV. Kleiner Granulationsknopf an der Stelle des Drains. Lapis mitig.

Patient wird mit gut sitzendem Bruchband entlassen.

Jetziger Zustand des Patienten unbekannt, da Anfrage unbeantwortet blieb.

XXII.

Hern. ing. ext. dextr. incarc.

Herniotomie mit nachfolgender Radicaloperation. Heilung.

28. III. — 8. IV. 87.

August Freese, Arbeiter aus Greifswald, 27 J. alt. Krankengeschichte fehlt.

Patient ist nicht zu eruieren.

XXIII.

Hernia ing. ext. sin. irrep. inflammata.

Verdickter vascularisierter Bruchsack. In ihm keine Darmschlinge, sondern ein haemorrhagisches Exsudat. Radicaloperation. Heilung.

4. IV. — 30. IV. 87.

Wilhelm Sandhagen, 54 J., Weber aus Tremt, hat einen linksseitigen Leistenbruch seit 30 Jahren. Keine Beschwerden, Bruchband nur zeitweise getragen. 6 Wochen vor der Operation wurde von ihm das Bruchband ganz weggelassen, ohne dass der Bruch heraustrat. Am 23. März Perityphlitis. Am 27. März erster Stuhlgang nach derselben; infolgedessen Heraustreten des Bruches und Schmerzen in demselben. Derselbe bleibt irreponibel. Die Inspektion ergiebt einen hühnereigrossen, sehr derben Tumor in der Regio ing.

sin. Die grösste Ausdehnung entspricht dem Verlaufe des Samenstranges, welcher an der Innenseite abgetastet werden kann. Percussionsschall lerr. Geschwulst ist verschiebbar, sehr schmerzhaft. Haut über derselben abzuheben, nicht gerötet oder infiltriert.

Radicaloperation. Incision über den Tumor in seiner Längsaxe. Auffallend viel properitoneales Fett. Bruchsack stark verdickt, vaskularisiert. Im Innern desselben finden sich keine Darmschlingen. Seine Wandung stark entzündet. Er ist angefüllt von einem fibrinös-haemorrhagischen Exsudat. Federkieldicke Bruchpforte. Abpräparieren des Bruchsackes. Doppelte Ligatur um seinen Hals Exstirpation. Versenkte Catgutnähte. Hautnaht. Drainage. Nach 8 Tagen V. W. Wunde reizlos. Drain verkürzt. Nach Verlauf einer Woche vollständiger Verschluss der Wunde. Bruchband.

Jetziger Zustand des Patienten unbekannt, da Anfrage unbeantwortet blieb.

XXIV.

Hernia crural. dext. incrar.

Herniotomie mit nachfolgender Radicaloperation. Heilung. 21. V. — 9. VI. 87.

Frau Krüger, 54 J., aus Greifswald, ist abgesehen von ihrem jetzigen Leiden stets gesund gewesen. Ihren Bruch hat sie seit 29 Jahren, wurde jedoch nie durch ihn belästigt, so dass sie nicht einmal ein Bruchband zu tragen brauchte. In den letzten 2 Jahren will Patientin merklich stärker geworden sein; auch ereignete sich der Austritt des Bruches in dieser Zeit häufiger als früher. Jedoch gelang es stets, denselben leicht und schmerzlos zu reponieren. Da trat am 21. Mai auf einmal der Bruch mit heftigen Schmerzen wieder heraus. Dem Arzt, dessen Hülfe sie gleich nachsuchte, gelang es nicht, denselben zurückzubringen.

Stat. praes. Im Scarpa'schen Dreieck, unterhalb des lig. Pouparti am rechten Schenkel zeigt sich eine hühnereigrosse Geschwulst, die spontan und auf Druck äusserst schmerzhaft ist.

Operation am 21. Mai, 2 Stunden nach Auftreten der Einklemmungserscheinungen. Längsschnitt in der Mitte der Geschwulst. Freipräparierung und Eröffnung des Bruchsackes.

Nach Abfluss von ca. 40 ccm. blutig-seröser Flüssigkeit wird eine blaurote, 10 cm. lange Darmschlinge sichtbar. Da dieselbe sonst unverdächtig erscheint, wird sie nach Berieselung mit Salicyl-Bor und nach Erweiterung der Bruchpforte reponiert. Ligatur und Exstirpation des ganzen Bruchsackes. Naht. Trockener Verband. 3 mal täglich XV gutt. Tinct. opii.

22. Mai. Kein Stuhl. Keine Flatus. Diffuse Schmerzhaftigkeit des Leibes, besonders an der Wunde. Übelkeit, kein Appetit. Puls klein, frequent. Eisblase auf den Bauch.

23. Mai. Pat. erholt sich. Schmerzhaftigkeit geringer. Hin und wieder Aufstossen; kein Stuhl, keine Flatus.

24. Mai. Trotz Darmeinlaufs kein Stuhl. Später reichliche Flatus.

29. Mai. Stuhlgang. V. W. Wunde sieht gut aus, prima reunio, reaktionslos. Zinkoxydpflaster-Mull. Bruchband.

Patientin ist aus Greifswald verzogen; ihr jetziger Aufenthalt nicht zu eruieren.

XXV.

Hernia crur. dext. oment irrepon.

Kleiner Bruchsack. Radicaloperation. Heilung.

3. VI. — 21. VI. 87.

Dorothea Dehinde, 41. J., aus Grimmen, ist bis zu ihrer letzten Entbindung stets gesund gewesen. Von derselben hat sie eine Retroflexio uteri erhalten. Ihr jetziges Leiden hat sie seit August 1886. Damals sollte sie auf Verordnung ihres Arztes täglich einen Darmeinlauf nehmen. Dies setzte sie lange fort. Da bemerkte sie vor einiger Zeit bei Vornahme eines Darmeinlaufs plötzliche Schwellung des Leibes und in der rechten Schenkelbeuge heftige Schmerzen. Dort ergiebt sich bei der Inspektion unterhalb des lig. Poup. etwa 4 cm. nach aussen von der Symphyse eine pflaumengrosse, harte, auf Druck schmerzhafte Geschwulst. Dieselbe ist auf ihrer Unterlage verschiebbar; ebenso die Haut über derselben. Die Geschwulst ist nicht zu reponieren. Perkussion ergiebt leeren Schall.

Radicaloperation. Längsschnitt über die Geschwulst. Freipräparierung und Öffnung des kleinen Bruchsackes. In ihm ein lipomatös entartetes Netzstück Abbindung desselben und Exstirpation. Ein gleiches geschieht mit dem Bruch-

sacke. Verschluss der Wunde durch Nähte. Drainage. Trockener Verband. Kompression durch Gummibinden. Am Abend zeigt sich der Verband etwas durchblutet. Eisblase. Am 5. VI. V. W. Leib schmerzhaft; auf Druck keine Vermehrung der Schmerzen. Eisblase. Opium. Am 6. VI. kein Leibweh mehr. Weglassung des Opiums. 7. VI. Flatus 9. VI. Ricinusöl. Reichlicher Stuhlgang. 10. VI. Entfernung der Nähte und des Drains. Jodoformgaze, Heftpflaster. 20. VI. Abnahme des Verbandes. Zinkoxydpflaster-Mull. Heilung. Bruchband.

Patientin giebt auf eine Anfrage zur Nachricht, dass sie bis jetzt immer ein Bruchband getragen habe. Die alte Bruchstelle sei nach körperlichen Anstrengungen schmerzhaft, jedoch sei an ihr ein neues Hervorwölben des Bruches nicht zu bemerken.

XXVI.

Hernia crur. dext. irrep. inflammata.

Mehrfächriger leerer Bruchsack. Radikaloperation. Heilung.

1. VII. — 14. VII. 87.

Christine Both, 47 Jahr, Arbeiterfrau aus Greifswald. Patientin war als Kind stets gesund. Seit 25 Jahren verheiratet; 4 lebende Kinder. Vor 9 Jahren bekam sie zum 1. Male einen Bruch in der rechten Schenkelbeuge nach einer schweren Entbindung. Operation durch Prof. Hüter. Geheilt entlassen. 2 Jahre später bemerkte sie wieder einen Bruch an derselben Stelle. 2. Operation und Heilung. Am 24. VI. 87. trat der Bruch an derselben Stelle zum 3. Male aus unter Übelkeit, Brechneigung und grossen Schmerzen. Stuhl hat sie noch heute, am 1. VII., gehabt. Ein Bruchband hat Patientin nur nach der ersten Operation getragen, 1½ Jahre lang, bis es unbrauchbar wurde. Die Untersuchung ergiebt bei der etwas schwächlichen Frau in der rechten Schenkelbeuge eine wallnussgrosse Geschwulst, welche unterhalb des lig. Poup. sitzt und sich über dasselbe verschieben, aber nicht reponieren lässt. Haut darüber verschiebbar. Perkussionsschall leer. Am oberen Rande des Tumors eine 3 cm. lange, in der Richtung des lig. Poup. verlaufende Narbe. Durch die dünnen Bauchdecken die Darmperistaltik deutlich wahrnehmbar. Kein Erbrechen.

Radikaloperation. Längsschnitt nach aussen von der alten Narbe. Bruchsack cystenartig, mit wenig seröser Flüssigkeit gefüllt. Er wird von der Haut abpräpariert, ligiert und exstirpiert. Hautnaht. Kein Drain. Lister. Am 3. und 4. Tage nach der Operation Flatus. Am 5. Tage reichlicher Stuhl. Verbandabnahme; prima reunio. Heftpflasterverband. Bruchband.

Jetziger Zustand der Patientin unbekannt, da ihr jetziger Aufenthalt nicht zu eruieren ist.

XXVII.

Hernia umbil. incarc.
Herniotomie. Heilung.
10. VIII. — 6. IX. 87.

Frau Breitsprecher, 44 J. alt, leidet seit 1½ Jahren infolge einer Entbindung an einem Nabelbruche. Da sie ein Bruchband trug, hatte sie wenig Beschwerden. Am 8. VIII. drehte Patientin sich schnell im Bette um und verspürte gleichzeitig einen starken Schmerz in der Nabelgegend. Derselbe wurde täglich grösser. Stuhlgang blieb seit dem 8. VIII aus. Der Nabel ist durch eine unmittelbar links neben ihm liegende, apfelgrosse Geschwulst nach rechts gedrängt und verstrichen. Letztere ist von weicher Konsistenz und lässt sich nicht reponieren. Perkussionsschall leer.

Operation 48 Stunden nach der Einklemmung: 10 cm. langer Längsschnitt über die Geschwulst; vorsichtige Freilegung des Bruchsackes. Eröffnung desselben. Nach Abfluss des reichlichen Bruchwassers wird eine grosse, nicht gangränöse, mässig verfärbte Darmschlinge sichtbar, die durch einzelne, frische Adhäsionen mit dem Bruchsacke verklebt ist. Lösung derselben, sowie Durchschneidung eines älteren peritonalen Schlauches. Einkerbung des Bruchringes. Reposition nach Berieselung mit Salicylbor. Schluss des Bruchsackhalses durch Schnürnaht. Exstirpation eines Teiles des Sackes und Vernähung der Schnittränder. Eine Plattennaht zur Entspannung. Excision des Nabels. Hautnaht mit Chromgut. Drain in den unteren Wundwinkel. Lister. 16. VIII. V. W. Herausnahme des Drains. Wunde prima int. geheilt, mit Ausnahme zweier Stellen an der Plattennaht, aus denen etwas

Sekret auf Druck entleert wird. 20. VIII. V. W. Aus dem unteren Wundwinkel etwas Sekret von grau-bräunlicher Farbe ohne kotigen Geruch. Plattennaht entfernt. Gummibinde. 24. VIII. Wenig Sekret. An der Stelle der Plattennaht 20-pfenniggstückgrosse Granulationsfläche. Heftpflaster. Gummibinde.

3. IX. Völlige Heilung der Wunde. Man fühlt in der Mitte derselben selbst bei starkem Drängen der Patientin keine Hervorwölbung oder geringe Resistenz seitens der Bauchdecken. Patientin erhält eine Bandage ähnlich einer Schwangerschaftsbinde, welche in der Mitte, entsprechend der Narbe, mit einer ungefähr handtellergrossen Pelotte von festem Leder mit dicker Polsterung versehen ist. Keine Beschwerden durch dieselbe beim Aufstehen oder Husten.

Der Bruch ist an alter Stelle einige Monate nach der Operation wieder ausgetreten, trotzdem dass die der Patientin mitgegebene Binde von ihr stets getragen wurde.

XXVIII.

Hernia crur. dext. incarcer. gangraenosa Littrei properitonealis.

Herniotomie mit nachfolgender Radikaloperation. Anlegung einer Kotfistel. Exitus lethalis in operatione.

25. VIII. — 27. VIII. 87.

Brandenburg, 54 Jahr, Kuhhirt aus Seckeritz. Patient, der von dem Bestehen eines Bruches nichts weiss, leidet seit 5 Tagen an Incarcerationserscheinungen. Die Inspektion bei seiner Aufnahme am 25. VIII. 87 ergiebt eine rechtsseitige hühnereigrosse, sehr schmerzhafte Cruralhernie. Abdomen stark aufgetrieben und ausserordentlich empfindlich, namentlich im rechten Hypochondrium. Pat. stöhnt laut. Atem von fäculentem Geruch. Repositionsversuche werden wegen der wahrscheinlichen Nekrose des Darmes unterlassen.

Bei der Operation kommt man nach Durchtrennung der Haut und Fascie auf einen prallgefüllten elastischen Tumor, der sich mit einem Stiel gegen die Fascia cribrosa fortsetzt. Nach Spaltung seiner blauschwarz verfärbten Decke fliesst blutig tingiertes kothaltiges Bruchwasser ab. Menge ca. 100 cbcm. Man findet in der nach unten sich trichterförmig

verengenden Höhle ein kleines, ca. 1 cm. im Durchmesser haltendes kugelartiges Darmsegment vorliegen, welches kohlschwarze Farbe und an 2 Stellen einige etwa stecknadelkopfgrosse Perforationen zeigt. Nach sorgfältiger Desinfektion mit 3% iger Karbollösung wird der Bruchsack exstirpiert und die Darmschlinge in $1^1/_2$ dcm. Länge vorsichtig hervorgezogen. Der Bruchring wird nach innen und oben erweitert. Die nekrotische Darmpartie befindet sich an der dem Mesenterialansatz gegenüberliegenden Seite. An andern Teilen keine Nekrose. Fixierung der vorgezogenen Schlinge mittels eines durch das Mesenterium hindurchgezogenen Jodoformgazestreifens. Jodoformgazeeinhüllung des Darmes. Excitantien. Eispillen. Am 26. VIII. Morgens Eröffnung der vorliegenden Darmschlinge. Die Nekrose ist weiter fortgeschritten. Aus dem Darm entleert sich viel Blut, teils flüssig, teils geronnen. Mittags Einführung eines weichen Mercier in das zuführende mediale Darmrohr. Ausfluss von ca. 2 Ltr. flüssigen, stark riechenden, gelbbraunen Kotes; subjektives Befinden des Patienten besser. Starke Ruktus. Kein Erbrechen. Auftreibung des Abdomens geringer.

27. VIII. Es ist fortwährend Kot durch den im Darm belassenen Katheter abgeflossen. Da die Nekrose sich weiter verbreitet hat, am Bruchring aber keine Einschnürung besteht, wird das Peritoneum durch einen den ersten verlängernden Schnitt senkrecht nach oben gespalten und der Darm, der ringsum fest verklebt ist, mit hervorgezogen. Hierbei plötzlicher Kollaps. Trotz 3 Aetherinjektionen und lange fortgesetzter künstlicher Respiration $^1/_2$ Stunde später Exit. leth.

Die Sektion ergab Gangrän des Darmes an der Bruchstelle mit beginnender Demarkation. Im Abdomen ist der Darm stark durch Gas aufgetrieben. Seine Serosa im Bereiche der ganzen Oberfläche dunkelroth verfärbt. Dieselbe ist trübe und vollständig trocken. Am Mesenterium sind einzelne Fibrinflocken aufgelagert, die jedoch sich leicht entfernen lassen. Das Oment. maj. hat sich längs der grossen Kurvatur und des Colon transv. zurückgezogen. Dasselbe ist zart, wenig Fett und Blut enthaltend. Die Obduktion ergab folgenden Befund: Gangraena intest. ilei — Peritonitis

fibrinos. recens — Nephritis parenchym. — Atrophia lienis. Pericarditis sero-fibrin. — Infiltrat. adipos. cordis — Endocarditis chron. ventric. sin. — Synechia pulm. dextr. partial. — Oedema pulm. utriusque — Bronchitis chron. — Bronchopneumonia lobi super. pulm. dext.

XXIX.

Hernia ing. ext. dext. irrepon.
Entzündeter leerer Bruchsack.
Radikaloperation. Heilung.
30. VIII. — 22. X. 87.

Born, Schäfer, 19 Jahre alt, aus Priemen. Sehr anämischer, äusserst wenig intelligenter, junger Mann. Abdomen stark aufgetrieben, geringer Ascites. Leber fühlt sich hart an. Ihre Dämpfung bedeutend verbreitert. Grosse Neigung zu Nasenbluten. Er will vor etwa 1½ Jahren mit dem Bauche auf einen Stein gefallen sein und sich dadurch seinen Bruch zugezogen haben. Die Untersuchung ergiebt einen faustgrossen äussern Leistenbruch, welcher nicht völlig zu reponieren ist. (Die Operation erwies später, dass das Repositionshindernis nichts anderes dargestellt hat, als der allerdings reichlicher, als vermutet, vorhandene Ascites.) Die Gegend des Bruches ist auf Druck sehr empfindlich. Annulus ing. int. rechts sehr weit. Derselbe auch links weiter als normal.

Radikaloperation: Es wird ein 12 cm. langer Schnitt in der Richtung des Samenstranges über die Geschwulst gemacht. In der Hautwunde erscheint der wenig verwachsene Bruchsack Bei seiner Eröffnung stürzt klare, farblose, reichliche Flüssigkeit hervor. Weiterer Ausfluss aus dem Bruchhalse. Keine Darmschlinge oder Netz im Bruchsacke. Doppelte Ligatur seines Halses mit Catgut. Exstirpation des Sackes. Dabei schwierige Isolierung des Samenstranges. Naht. Drainage Lister. Wunde reaktionslos geheilt. Bruchband.

Patient hat bis zu seinem Tode, der am 6. IV. 1890 an einem Lungenleiden erfolgte, kein Rezidiv gehabt.

XXX.

Hernia ing. ext. dext. reponibilis.
Leerer Bruchsack. Radikaloperation. Heilung.

9. IX, — 6. X. 87.

Franz Ladwig, Steuermann, 24 J. alt, Barth, will an seinem Bruche schon mehrere Jahre gelitten haben. Seit 1½ Jahren trägt er ein Bruchband, welches ihn in letzterer Zeit arg belästigte. Seit einigen Wochen ist der Bruch sehr schmerzhaft, besonders beim Gehen und Stehen. Die genaue Untersuchung ergiebt eine Leistenhernie von der Grösse einer Kinderfaust. Sie ist leicht reponierbar. Beiderseitig Bruchpforte weiter als normal.

Radikaloperation: 8 cm. lange Incision über die Hernie in der Richtung des Samenstranges. Eröffnung des Bruchsackes; derselbe ist leer. Seine Wandung hämorrhagisch, erheblich verdickt. Ziemlich enger Bruchhals. Umschnürung desselben mit Catgutfäden. Exstirpation des ganzen Sackes. Seine Isolierung vom Samenstrange gelingt nur schwierig. Etagennäthe, kein Drain. Jodoformcollodium. Am Tage nach der Operation sind die Nähte am oberen Wundwinkel geplatzt. Ausspülung mit Salicyl-Bor. Listerverband. Gute Granulationen. Lapis mitigat. Salbenverband. Heilung. Bruchband.

Patient war 1½ Jahre lang trotz schweren Arbeitens während dieser Zeit rezidivfrei und hat seitdem ein Bruchband nicht mehr getragen. Am Ende des Sommers 1889 stellten sich an der Stelle des alten Bruches heftige Schmerzen ein; ferner zeigte sich dort eine Hervorwölbung, welche bei schwerer Arbeit stets an Grösse zunahm. Pat. hat deshalb das Bruchband jetzt wieder angelegt, welches den Bruch gut zurückhält.

XXXI.

Hernia crur. sin. incarc.

Mehrfächeriger Bruchsack. In ihm nekrotische Darmpartie. Herniotomie. Kotfistel. Exit. leth. an Entkräftung.

9. IX. — 16. IX. 87.

Ferdinand Baltz, Arbeiter, 78 J., aus Ferdinandshof, leidet seit Jahren an einem linksseitigen Schenkelbruche. Vor 5 Tagen Inkarcerationserscheinungen: Schmerzhaftigkeit an der Bruchstelle, Übelkeit, Erbrechen, das Erbrochene seit dem 8. IX. sehr übelriechend. Stuhlgang seit 5 Tagen nicht erfolgt.

Stat. praes. Hühnerei grosse Geschwulst hart an der Inguinalbeuge unterhalb des lig. Poup.; Haut über derselben

verschiebbar, gerötet. Kein deutlicher Darmschall. Kräfte des Patienten sehr geschwächt, Zunge trocken, mit fuliginösem Beschlag; foetor faecul. ex ore. Von Repositionsversuchen wird Abstand genommen und gleich zur Operation geschritten.

Herniotomia int. Schnitt über den etwas nach aussen und abwärts gestellten Tumor. Schon vor Eröffnung des Bruchsackes fliesst etwas Vorwasser ab. Bei derselben gelangt man jedoch, ohne dass eine Spur von Bruchwasser abfliesst, auf ein z. T. hämorrhagisch infiltriertes Netzgewebe; von Darm nichts zu finden. Es scheint, als sei der Bruchsack durch Ausstülpungen in mehrere Taschen geteilt. Es wird nochmals an anderer dunkelblau durchscheinender Stelle desselben vorsichtig eingeschnitten, da durch Zug an der ersterwähnten Netzpartie die übrigen Teile des Bruchsackes sich nicht entleeren lassen. Erst jetzt fliesst hämorrhagisches Bruchwasser in spärlicher Menge ab, und nach völliger Spaltung des Sackes tritt nunmehr eine gut 8 cm. lange, tief blauschwarze, glanzlose und mit Fibringerinnsel bedeckte Darmschlinge zu Tage. Auch das anliegende Mesenterium ist dunkel verfärbt. Erweiterung der Bruchpforte nach innen oben. Vorziehen von gesundem Darm, wobei kleine oberflächliche Einrisse des visceralen Peritoneums bei der grossen Brüchigkeit und Trockenheit desselben nicht zu vermeiden sind. Von einer Reposition wird abgesehen. Das zu- und abführende Darmende wird weit von der inkarcerierten Partie durch Nähte, welche durch das Mesenterium einerseits und die Bauch- und Schenkelhaut andererseits gelegt werden, fixiert und das vorliegende Darmstück, mit Jodoformgaze sorgfältig umhüllt, frei liegen gelassen.

P. 95. Patient sehr schwach. Kleine Opiumdosen. 10. IX. Wechsel der Jodoformgaze. Die anfangs mit Fibrin beschlagenen Stellen grauweiss, nekrotisch. Auch mehrere herdweise angeordnete graue Verfärbungen an anderen Stellen des nekrotischen Darmstückes. — 11. IX. Beim Wechsel der Jodoformgaze reisst die nekrotische Darmpartie ein. Reichliche Entleerung von Kot. Ausspülung mit warmem Salicylbor. Puls dünn, 100; Kräfte gesunken. — 12. IX. Trotz täglicher Bäder und Ausspülungen starke Verunreinigung der Umgebung der Wunde. Kräfte nehmen rapid ab.

Darmschlingen mit dem Peritoneum teilweise verklebt. Abdomen druckempfindlich. — 13. IX. Erbrechen; spärliche Entleerung von Kot per anum. T. 38,8. Puls schnell, fadenförmig. Viel Schlaf. — 15. IX. Tiefer Sopor. — 16. IX. Exit. leth.

Der Sektionsbefund war folgender: Das Netz ist sehr fettreich, wenig bluthaltig und mit dem Peritoneum der linken Bauchwand namentlich in der Gegend der Operationswunde vollständig verwachsen. Die Serosa des Darms rot imbibiert, glatt und glänzend. Die Darmwandung z. T. mit Blut angefüllt.

Endocarditis chron. fibrosa Aortae — Pneumonia fibrinos. lob. inf. pulm. dext. — Hypostasis lob. inf. pulm. sinistr. — Necrosis intest. ilei — Nephritis parenchym. chron. et Atrophia granularis — Atrophia fusca hepat. — Hyperplasia cellular. lienis — Tod durch Herzlähmung.

XXXII.

Hernia umbilic. incarc.
Herniotomia int. Exit. leth. in operatione.
19. IX. 87.

Frau Schwartz, 48 J., aus Anklam, hat seit ihrer Kindheit einen Nabelbruch, der mit den Jahren immer grösser wurde. Im vorigen Jahre angeblich Einklemmungserscheinungen. Reposition durch einen Arzt. Am 18. Septbr. vormittags plötzlich heftige Schmerzen, Übelkeit, Erbrechen. Bruch stark gespannt, Reposition gelang nicht; Zunahme der Schmerzen, rascher Kräfteverfall. Nach einem Einlauf etwas Stuhlgang. Bei ihrer Einlieferung in die hiesige Klinik macht die mittelgrosse, sehr korpulente Patientin den Eindruck einer schwer Kranken. Dicht unterhalb des Nabels in der Medianlinie eine über Kindkopf grosse, prall gespannte Geschwulst. Dieselbe bleibt allen Versuchen zum Trotz irreponibel. Tympanitischer Perkussionsschall. Puls klein, frequent. Häufiges Erbrechen. Sofortige Operation.

20 cm. langer Schnitt in der linea alba. Eröffnung des Bruchsackes. Als Inhalt das ganze Oment. maj. mit Colon transv. und mehrere Dünndarmschlingen. Die letzteren von dunkelblauer Farbe, nicht nekrotisch. Nach Erweiterung

des Bruchringes gelingt es, unter Lösung einiger Adhäsionen den ganzen Bruchinhalt zu reponieren. Während der Reposition plötzliche Cyanose. Brechbewegungen. Sofortige Seitenlagerung des Kopfes. Trotzdem wurde keine Luft mehr aspiriert. Pupillen weit. Sofortige Tracheotomie. Katherisation der Trachea und Aufsaugung grosser Mengen kotiger Massen. Künstliche Respiration lange fortgesetzt, aber ohne Erfolg. Exit. leth. Sektion verweigert.

XXXIII.

Hernia crur. sin. incarc.

Darmwandbruch. Herniotomie mit nachfolgender Radikaloperation. Heilung.

24. IX. — 20. X. 87.

Frau Röwer, 52 J., aus Wolgast. Im Winter 1886/87 verspürte Patientin in der linken Schenkelbeuge öfters stechende Schmerzen, ohne denselben, da sie sich immer bald verloren, weitere Beachtung zu schenken. Juni 87 traten diese Schmerzen heftiger auf. Es zeigte sich ein etwa wallnussgrosser Knoten an der schmerzhaften Stelle. Die Schmerzen liessen allmählich wieder nach; der Knoten wurde nicht grösser. Am 22. IX. musste Patientin stark husten, und infolge dessen traten die früheren Schmerzen wieder auf und steigerten sich bis aufs äusserste. An diesem und dem folgenden Tage und nachts öfters starkes Erbrechen von bitterer, grünlicher Flüssigkeit. Stuhl angehalten.

Stat. praes. Patientin ist eine schwächliche, elend aussehende Frau, welche den Eidruck einer Schwerkranken macht. Taubeneigrosse, nicht reponible Geschwulst, die unter dem lig. Poup. sitzt und druckempfindlich ist. Bei Perkussion Darmton.

Am 24. IX. Operation. Typischer Längsschnitt. Eröffnung des sehr verdickten Bruchsackes. Kein Bruchwasser. Es findet sich ein grosses Stück von der Wand einer Darmschlinge in die Bruchpforte eingeklemmt. Herausziehen der ganzen Schlinge aus derselben. Grau-weisser Einklemmungsring; die Wandung der Dünndarmschlinge ist erheblich verdünnt. Nach $\frac{1}{4}$stündlichem Warten erholt sich die verdächtige Stelle und nimmt eine rötliche Färbung an. Reposition.

Schluss des Bruchsackhalses durch Schnürnaht. Exstirpation des Bruchsackes. Naht. Drainage. Listerverband. 3 × täglich Tinct. opii. — 26. IX, Flatus. Auf Einlauf reichlicher Stuhl. — 30. IX. Wunde gut vernarbt. Salbenverband. Bruchband.

Jetziger Zustand der Patientin unbekannt, da Anfrage unbeantwortet blieb.

XXXIV.

Hernia crur. sin. incarc.

Mehrfächeriger Bruchsack. Hermiotomie mit nachfolgender Radicaloperation. Heilung.

19. XI. — 10. XII. 87.

Frau Gorkow, 36 J., aus Rubenow. Patientin klagt schon seit 10 Jahren über einen Bruch, den sie sich bei ihrer ersten Entbindung zugezogen haben will. Die anfangs wallnussgrosse Hernie ist im Laufe immer mehr gewachsen und hat der Patientin immer heftige Schmerzen verursacht. Als vor einigen Tagen der Bruch die Grösse einer Faust erreichte, und ausser den lokalen Beschwerden sich heftiges Erbrechen einstellte, entschloss sie sich zu einer Operation.

Stat. praes. Man findet bei der mittelgrossen, mässig genährten Frau in der linken Schenkelbeuge einen beinahe kindskopfgrossen Tumor, der mit einer Art Stiel unterhalb des Tubercul. pubic. aufsitzt und sich nach oben pilzartig verbreitert. Weich-elastische Konsistenz. Gedämpfter Schall.

Herniotomie. 15 cm. langer Schnitt an der äusseren Seite der Geschwulst und Lospräparieren derselben von der Haut. Um den Tumor vollständig herauszuschälen, wird ein ovales Stück Haut excidiert. Er macht den Eindruck einer vielfächerigen Cyste. Bei zufälligem Einreissen seiner Wandung entleert sich eine Menge seröser Flüssigkeit. Der Stiel setzt sich in die fossa oval. fort. Nach vollkommener Eröffnung des cystisch degenerierten Sackes findet man in seinem Stiele eine 5 cm. lange Dünndarmschlinge eingeklemmt. Der übrige Inhalt ist ein Stück Netz. Darm nicht nekrotisch. Er wird nach Erweiterung der Bruchpforte reponiert. Das Netz in 2 Partieen abgebunden und reseciert. Exstirpation des ganzen Bruchsackes nach vorheriger Schnürnaht. Drain. Schluss der Wunde durch Etagennähte. Am 25. XI. nach

Ol. Ricini reichlicher Stuhl. Wundverlauf reaktionslos und fieberfrei. — 2. XII. Gut vernarbte Wunde. Zinkoxydpflaster-Mull. Geheilt mit Bruchband entlassen.

Patientin ist jetzt wohlauf; sie hat bis jetzt von einem erneuten Hervortreten des Bruches nichts bemerkt, trägt aber zur Sicherheit stets ein Bruchband.

XXXV.

Hernia ing. sin. incarc.

Herniotomie mit nachfolgender Radikaloperation. Laparotomie. Exit. leth.

Carl Lüder, 35 J., Fischer aus Cröslin. Patient wurde am 21. IX. 86 in hiesige Klinik aufgenommen und verstarb daselbst an demselben Tage. Krankengeschichte fehlt.

Sektion verweigert.

XXXVI.

Hernia ing. ext. bilater. irrep. (sinist. omentalis congenita).

Links: entzündeter Bruchsack, offener proc. vaginalis, lipomatöser Netzklumpen im Bruchsack. Herniotomia sinistra. Periorchitis sinistra. Peritonitis exsudat. fibrinos. infolge von Perforation des proc. vermiform. Scoliosis convexodextra. Bronchitis. Exit. leth.

9. I 88. — 12. I. 88.

Der jetzt 50 Jahr alte Arbeiter Wischmann aus Anklam wurde als 14jähriger Knabe von einem umfallenden Holzklotze am Scrotum und an der linken Inguinalgegend getroffen. Er fühlte gleichzeitig, wie Inhalt der Bauchhöhle in das Scrotum schoss. Der Bruch nahm gleich die jetzige Grösse von 2 Mannesfäusten an. Er war stets reponibel, und Patient fühlte keine weiteren Beschwerden. Vor ca. 8 Jahren merkte Patient, wie sich auch auf der rechten Seite ein Bruch hervorwölbte. Für das Entstehen des letzteren weiss er jedoch keine Ursache anzugeben. Am 1. Januar 1888 bekam er plötzlich hohes Fieber, welches durch Arznei vertrieben wurde. Nur starker Husten blieb zurück. Als Folgeerscheinung des letzteren fühlte Patient eine prallere Spannung und Vergrösserung des Bruches. Auch blieb der Bruch jetzt irreponibel. Der Appetit nahm ab. Der Bruch war jetzt stark schmerzhaft, so dass der Patient die Hülfe

der hiesigen chirurg. Klinik nachsuchte. Er giebt an, seit 5 Tagen nichts mehr gegessen zu haben. Stuhlgang war bis jetzt regelmässig, aber spärlich vorhanden, in der vergangenen Nacht zum letzten Male. Kein Erbrechen.

Stat. praes. Kräftig gebauter Mann. Scoliosis typica. Bronchitis. Abdomen aufgetrieben, tympanitisch. In der rechten Inguinalgegend eine wallnussgrosse Hervorwölbung, welche sich in den Inguinalkanal fortsetzt und bei Hustenstössen sich stärker hervordrängt. Dieselbe ist irreponibel. Linkerseits findet sich vom Leistenkanal ausgehend und in der Richtung desselben in das Scrotum absteigend ein zwei Finger dicker elastischer Strang. Derselbe füllt die äussere Inguinalöffnung vollständig aus und schwillt im Hodensacke zu einer faustgrossen, eiförmigen, prall-elastischen Geschwulst an; die Haut über derselben stark gespannt, jedoch allseitig verschiebbar und sonst normal. Neben diesem abnormen Inhalte findet man an der Spitze des Scrotums den Testikel. Bei der Palpation fühlt man Reibegeräusche der sich an einander verschiebenden rauhen Peritoncalblätter. Auch diese Geschwulst scheint bei Hustenstössen sich zu vergrössern und kann ebenso wie die rechtsseitige durch Kompression verkleinert werden. Geringe Druckempfindlichkeit. Tympanitischer Schall. Keine durchscheinende Röte.

Am 10. I. 88 schreitet man zur Radicaloperation linkerseits. Ein 12 cm. langer Schnitt in der Längsrichtung des Bruches durchtrennt Haut und Tunica dartos. Der Bruchsack wird praeparando freigelegt. Mach seiner Eröffnung gelangt man auf einen lipomatös veränderten, hämorrhagisch fibrinösen, entzündeten Netzklumpen von der Grösse einer Mannesfaust. Derselbe wird durch 4 Massenligaturen unterbunden, der Netzklumpen wird sodann abgeschnitten und der Stumpf in die Bauchhöhle versenkt, nachdem er auf etwa nachblutende Gefässe sorgfältig revidiert war. Die starke fibrinöse Periorchitis und Entzündung des Bruchsackes indicieren die Entfernung des letzteren und die Excision des linken Testikels. Die Bruchpforte wird durch 5 Catgutligaturen verschlossen. Tamponade mit Jodoformgaze, und Naht der Wunde. Lister. Die Präparation der excidierten Teile zeigt, dass der proc. vaginal. offen geblieben und durch das lipo-

matös sich verändernde und vergrössernde Netzstück allmählich ausgedehnt worden war. Das letztere ist grösser als eine Mannesfaust, zu einem oberflächlich etwas abgeplatteten, ziemlich glatten Klumpen geballt. Auf seinem Peritonealüberzuge liegen dicke, ziemlich zähe, fest aufsitzende, gelblich graue Beschläge, anscheinend eitrige Infiltration längs der Venen und Lymphbahnen. Viele confluierende teils frische, teils ältere, bis erbsengrosse hämorrhagische Herde. Auf dem Durchschnitt zeigt das Fettgewebe eine deutlich diffuse Trübung neben nussbrauner Verfärbung der interstitiellen Septen. An mehreren Stellen erbsengrosse Abscesse. Der umfangreiche Bruchsack zeigt dieselben Kriterien einer hämorrhagisch-fibrinösen Entzündung. Eine ziemlich derbe Membran liegt über dem in den proc. vagin. übergehenden und für den kleinen Finger permeablen Winkel des Bruchsackes. Die Peritonitis setzt sich auf die Tunica vagin. propr. fort. Leichter hämorrhagischer Erguss in dieselbe. Hoden normal. Samenstrang auffallend dünn.

Am 9. I. vor der Operation
T 38,2
10. I. früh 7 Uhr T 38,1
nachmittag 4 Uhr 38,7
11. I. früh 7 Uhr 37,3.

Patient erhält Tinct. opii. Schmerzen an der Wunde gering, selbst bei starkem Drucke. Kein Erbrechen. Flatus.

Zu Mittag wird Patient unruhig.
12 Uhr mittags T 37,9.
4 Uhr nachmittag T 37,9.

Abends ½ Spritze Morphium 3%. In der Nacht grosse Unruhe.

12. I. Seit 4 Uhr morgens Stöhnen und Röcheln. Pat. reagiert auf Anrufen nicht mehr. Früh 7 Uhr T 39,4. P 125, ziemlich kräftig. ½8 Uhr früh exit. leth. in coma.

Bei der Sektion fand sich eine diffuse eitrig-fibrinöse Peritonitis, ausgehend von einer Perforation des Proc. vermiform. Die Folgen dar Perforation hatten sich am stärksten in den beiden am nächsten liegenden Stellen des Bauchfellsackes, d. h. in der Excav. vesico-rectal. und in dem Bruchsacke lokalisiert. Das im Bruch enthaltene Netz zeigte alte Verwachsungen und frische Eiterinfiltration. Es wurde bei

der Operation entfernt. Der Darm bot keinerlei Zeichen von Einklemmung dar, keine Cyanose etc. Die pathologisch-anatomische Diagnose lautete: Perityphlitis suppurativa — Typhlitis purulenta; Perforatio in Peritoneum — Peritonitis fibrino-purulenta subacuta. Pleuritis fibrinosa duplex recens.

XXXVII.

Hernia ing. dextr. incarc.

Herniotomie. Heilung.

11. I. — 8. III. 88.

Joh. Melms, 78 J., Kaufmann aus Richtenberg, ist seit ungefähr 8 Jahren mit einer rechtsseitigen Leistenhernie behaftet, die ihm jedoch keine Beschwerden verursachte und durch ein Bruchband stets gut zurückgehalten wurde.

Stat. praes. Alter, kräftig gebauter Mann mit mässigem Fettpolster. Nach Entfernung des Bruchbandes findet sich am rechten Leistenkanal eine ungefähr wallnussgrosse Geschwulst, die bei Hustenstössen gegen den palpierenden Finger anprallt. Dieselbe ist leicht reponierbar. Nach einem Bade am 17. I. 88 trat der Bruch plötzlich wieder aus und blieb auch in der Narkose irreponibel. Die noch einmal genau vorgenommene Untersuchung ergiebt eine innere Leistenhernie von oben beschriebener Grösse und Gestalt.

Herniotomie. Der Bruchinhalt besteht in einer am Einklemmungsringe blutig sugillierten, stark hyperämischen Darmschlinge, welche nach Erweiterung der Bruchpforte leicht reponiert werden kann. Naht des Annul. ing. ext., der Muskulatur und der darüber gelegenen Haut. Drainage.

1. II. V. W. Wunde reaktionslos.

20. II. V. W. Nähte entfernt. Heftpflasterverband. 8. III. Wunde völlig geheilt. Bruchband.

Jetziger Zustand des Patienten unbekannt, da Anfrage unbeantwortet blieb.

XXXVIII.

Hernia crur. sinistr. oment. irrep.

Radicaloperation. Inhalt des Bruches ist ein fettig degenerierter Netzknollen. Heilung.

10. II. — 30. III. 88.

Alwine Glamann, 26 J., Weissnähterin aus Mittelhof b. Wolgast, hat in ihrem 18. Jahre einen etwa wallnussgrossen Tumor in der linken Inguinalgegend bemerkt. Wie er entstanden, weiss sie nicht anzugeben. Er bereitete ihr anfangs keine Beschwerden, wuchs aber mit der Zeit und hat jetzt die Grösse einer starken Mannesfaust erreicht. In der letzten Zeit hat Patientin heftige Schmerzen in demselben empfunden.

Stat. praes. Grosse, gesund aussehende weibliche Person mit bedeutendem Pannic. adipos. Oberhalb des linken lig. Poup. eine faustgrosse, schlaffe, breit aufsitzende Geschwulst, welche, soweit dies die äussere Untersuchung erkennen lässt, unterhalb des Poupart'schen Bandes und des Tuberc. pubic. mit einem breiten Stiele sich nach der Fascia cribrora fortsetzt. Bei der Palpation fühlt man als Inhalt der Geschwulst einen faustgrossen, derben, knolligen Tumor, über welchem die wenig gespannte Haut leicht beweglich ist. Reposition unmöglich. Beim Husten deutliche Erschütterung der Geschwulst, aber keine Vergrösserung. Perkussionsschall über derselben gedämpft.

Radicaloperation. Längsschnitt über die Geschwulst; Freilegung und Loslösung des Bruchsackes bis zur Pforte. Eröffnung desselben. In ihm ein fettig degenerierter Netzklumpen, der überall durch mehr oder weniger feste Adhäsionen mit der Wand des Bruchsackes verlötet ist. Nach stumpfer Abtrennung derselben Unterbindung des Netzes in der Gegend der Bruchpforte und Abtragung desselben. Verschluss des Bruchsackhalses durch eine Schnürnaht. Exstirpation des ganzen Bruchsackes. Schluss der Wunde durch Etagennähte. Drain. Listerverband. T. 38,5.

15. III. V. W. Die Wunde etwas entzündet. Wenig Eiter. Abspülung mit Salicyl-Bor. Lister.

16. III. V. W. Feuchter Verband. T. 38,4.

18. III. V. W. In der Mitte der Nahtlinie ein kleiner Abscess. Eröffnung desselben und Abspülung. T. 38,2.

Vom 21. III. an Temperatur nicht mehr über der Norm. Die Heilung erfolgt langsam unter feuchten Verbänden. Geheilt; mit gut sitzendem Bruchband entlassen.

Jetziger Zustand der Patientin unbekannt, da Anfrage unbeantwortet blieb.

XXXIX.

Hernia ing. ext. dextr. congen. irrepon.

Radicaloperation. Zugleich Exstirpation des Funicul. sperm. und des Testikels. Exit. leth. unter zunehmender Schwäche.

28. I. — 10. III. 88.

Ernst Holtfreter, 1½ J. alt.

Das Kind besitzt seit seiner Geburt eine Geschwulst in der rechten Hälfte des Scrotums, welche sich stetig vergrössert hat. Der Tumor ist faustgross und erstreckt sich in gleichbleibender Dicke nach aussen oben bis zum Annul. ing. ext. Am unteren Ende der Geschwulst ist der kleine Testikel deutlich zu palpieren. Percussionsschall tympanitisch. Reposition gelingt leicht. Die Bruchpforte, oberhalb des Poupart'schen Bandes gelegen, ist sehr weit, für den Mittelfinger durchgängig. Die Anlegung eines Bruchbandes hat sich als nutzlos erwiesen, da der Bruch nur vorübergehend durch dasselbe zurückgehalten wurde. Es wird daher am 7. März zur Operation geschritten.

Radicaloperation. 5 cm. langer Schnitt von der Gegend des Annul. ing. ext. dext. dem Verlaufe des Samenstranges entsprechend. Freilegung des Bruchsackes und Eröffnung desselben. Die Reposition der zahlreich in demselben enthaltenen Darmschlingen gestaltet sich ausserordentlich schwierig. Nachdem dies endlich gelungen, wird versucht, den Samenstrang vom Bruchsack stumpf zu lösen. Da dies nicht gelingt, so werden beide mitsammt dem Testikel mit dem Messer von ihren Adhäsionen gelöst und nach gehöriger Ligatur exstirpiert. Verschluss des äusseren Bruchringes nach Anfrischung seiner Ränder durch mehrere etagenartig angelegte Matrazennähte. Blutverlust minimal. Berieselung mit Salicyl-Bor. Hautnaht. Kein Drain. Jodoformgaze — Heftpflaster-Verband. Zuletzt Operation der gleichzeitig bestehenden Phimose nach Roser. T. am Abend 38,7.

8. III. früh T. 39,3; mehrmaliges Erbrechen. Den Tag über befindet sich der Patient subjectiv wohl. Er nimmt Nahrung zu sich. Leib auf Druck schmerzhaft. Viel Husten. Kein Auswurf.

9. III. früh T. 40,5. Rascher Verfall der Kräfte. V. W. Zwischen den Suturen hat sich etwas missfarbiges Sekret an-

gesammelt. Öffnung der Wunde, Reinigung und Bespülung derselben. Gegenöffnung am unteren Ende des Scrotums. Drainage. Feuchter Verband. Patient lässt mehrmals Stuhl unter sich; am Abend T. 41,0. Somnolenz. Trotz subkutanen Kampherinjektionen u. Peptonklystieren grosse Schwäche. Meteorismus hat zugenommen.

10. III. früh 8 Uhr exit. lethal. unter zunehmender Schwäche.

Die Sektion ergab folgendes:

Degeneratio amyloïd. intest. ilei, jejuni et crassi. — Enteritiset Colitis follicularis chronica. — Degeneratio amyloïd. lien. — Nephrit. parenchym. — Pneumonia incip. dupl. —

Die Hernotomie, welche früher eine der gefährlichen Operationen war, hat jetzt durch die Errungenschaften auf dem Gebiete der Antiseptik ein gut Teil derjenigen Gefahren verloren, welche sie vor der antiseptischen Zeit bot. Man ist wohl jetzt berechtigt zu sagen, dass die Gefahr nicht in der Operation selbst liege, sondern vielmehr, dass letztere deshalb erst eine Bedrohung des Lebens werde, weil der Patient zu spät zu der operativen Behandlung seines Leidens sich entschliesst, eine Anschauung, welcher besonders Hüter in seiner „Speziellen Chirurgie" lebhaften Ausdruck giebt. Jetzt beschränken sich die lethal endenden Herniotomien meist auf solche Fälle, welche als hoffnungslos in Behandlung genommen wurden. Dies trifft auch zu bei den Herniotomien, welche in hiesiger Klinik mit dem Tode der Patienten entweder während resp. unmittelbar nach der Operation, oder wenig später endigten. Über diesen Punkt das Weitere unten.

Ich will nunmehr eine kurze epikritische Gesammtbetrachtung der angeführten 39 Herniotomieen folgen lassen und zuerst die Indicationen besprechen, welche zur Operation schreiten liessen.

Zwei Gesichtspunkte sind es im Allgemeinen, von denen aus man zu einem blutigen Eingriffe sich entschliesst: entweder handelt es sich darum, eine eingeklemmte Darmschlinge

aus ihrer Gefangenschaft zu befreien, um damit die unausbleibliche Lebensgefahr zu beseitigen, oder man will den Bruch selbst und die mit ihm verknüpften mannigfaltigen Beschwerden mit der Wurzel ausrotten, ihn „radical“ operieren. Es ist leicht erklärlich, dass die bei weitem häufigste Indikation die Einklemmung sein wird, und es versteht sich von selbst, dass vorher die Reposition nach den allgemeinen Vorschriften zu versuchen ist.

In unseren Fällen waren Inkarcerationserscheinungen bei 24 Patienten vorhanden (Fall 1, 3, 8, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 18, 19, 20, 21, 22, 24, 27, 28, 31, 32, 33, 34, 35, 37, 38).

Bei 13 Operierten lag Irreponibilität der Hernie mit ihren Folgeerscheinungen vor (Fall 2, 4, 5, 6, 7, 9, 17, 23, 25, 26, 29, 36, 39).

Zweimal (Fall 10, 30) wurde ohne spezielle Indikation auf besonderen Wunsch des Patienten die Operation vorgenommen; die Patienten forderten dieselbe, um dauernde Heilung des ihnen in ihrem Berufe sehr störenden Leidens zu finden.

Ein Fall (16) gehört streng genommen nicht unter die Zahl der Patienten, welche für die vorliegende Arbeit in Betracht kommen; denn die betreffende Person wurde an ihrer Hernie ausserhalb der Klinik operiert und daselbst mit einer Kotfistel eingeliefert. Des besonderen Interesses halber, welches ihre Krankengeschichte bietet, wurde letztere aufgenommmen.

Was ferner die Operationsmethoden anbetrifft, so wurde die Herniotomia externa nur einmal angewendet (Fall 3) und zwar, weil ein Verdacht auf eine pathologische Veränderung des als Bruchinhalt konstatierten Darmes weder durch das Allgemeinbefinden des Patienten noch durch etwaige Einklemmungserscheinungen begründet war. Die vollständige Heilung des Patienten erwies nachträglich die Berechtigung zu dieser Operation.

Die radikale Operation nicht eingeklemmter Hernien, wie die Herniotomie der inkarcerierten Brüche geschah im Wesentlichen nach gleichen Prinzipien. Es wurde ein Längsschnitt über die Geschwulst angelegt, der, falls nicht Entzündung oder Gangrän die Wahl des Schnittes leitete, in der Medianebene verlief. Bruchsack wie Bruchpforte wurden sodann durch präparierende Schnitte sehr breit freigelegt, ersterer ferner im Ganzen oder, bei sehr ungewöhnlicher Grösse, wenigstens in seinem oberen Ende ringsum von seiner Umgebung gelöst, und dabei der Samenstrang möglichst isoliert. Gelang diese Isolierung nicht genügend, so wurde der Samenstrang nach gehöriger Ligatur mit durchschnitten und der Hoden exstirpiert.

Nach Eröffnung des Bruchsackes wurde das Hauptaugenmerk auf die Beschaffenheit des event. vorliegenden Darms gerichtet. Derselbe ward, falls er intakt war (Fall 1, 4, 6, 7, 10, 24, 27, 34, 37, 39,), einfach reponiert. Zeigte er sich verdächtig, so wurde er einige Zeit ausserhalb der Operationswunde unter dem Schutze aseptischer Tücher und Berieselung derselben mit warmen Salicyl-Bor oder 0,6 prozentiger Kochsalzlösung belassen und dann nachgesehen, ob er sich erholt habe. Dies war bei 8, 11, 14, 21, 33 nach Verlauf einer viertel bis halben Stunde der Fall; die Darmschlinge wurde sodann reponiert. Diejenigen verdächtigen Darmwandpartien, welche nicht vollständige restitutio ad integrum zeigten oder die dem palpierenden Finger eine normale Kontinuität der Darmwandung unter der Serosa nicht erkennen liessen, wurden im Sinne der oberflächlichen Lembert'schen Darmnaht mit intakter Serosa überbrückt (Fall 21).

Bei einer Anzahl von Patienten erholte sich der Darm nicht (Fall 12, 16, 28, 31, 36,). Es musste daher zu einer weiteren Operation geschritten werden.

Von den Fällen, in welchen ein Anus praeternaturalis hergestellt wurde, kam nur in einem (12) die Patientin mit dem Leben davon; es wurde ihr im August 1886 ein An. praet. angelegt und im März 1887 Patientin mit passendem Bruchband geheilt entlassen, da vorläufig auf die Heilung des Anus praeternatural. verzichtet werden musste. Der An. praet. funktionierte gut bis zu ihrem Tode, der Februar 1890 an Pneumonie erfolgte.

In den Fällen 16, 28, 31 wurde ebenfalls die Anlegung eines Anus praetern. versucht, doch starben die betr. Patienten entweder während der Operation oder bald nach derselben. Bei Fall 16 erfolgte der Tod am Tage nach der Operation plötzlich und unvermutet. Da die Sektion verweigert wurde, konnte die Todesursache nicht ermittelt werden.

Bei Fall 28 trat während der Operation plötzlich Kollaps ein und folgte bald darauf der Exitus. Die Obduktion ergab als Todesursache fibrinöse Peritonitis. Bei Nr. 31 wurden durch die Sektion pathologische Veränderungen in Herz, Lunge, Leber, Nieren und Milz nachgewiesen; der Tod trat durch Herzlähmung ein.

Im Fall 36 wurde die Operation gut überstanden. Am Tage darauf traten bei dem Patienten die Erscheinungen einer Typhlitis und Perityphlitis auf. Wie die Obduktion ergab, erfolgte der Exitus durch eine diffuse eitrig-fibrinöse Peritonitis, ausgehend von einer Perforation des Process. vermiform.

Nach Reposition des Bruchinhaltes, wobei adhärente oder klumpig veränderte, überhaupt grössere Netzstücke lege artis exstirpiert wurden, ward nun mittels des in das Abdomen eingeführten Fingers zunächst die Bruchpforte und ihre abdominale Umgebung genau palpiert; etwa vorhandene adhärente Stränge wurden freigelegt, hervorgezogen und dann zwischen zwei Ligaturen durchschnitten. Erst hiernach wurde zum Verschluss des Bruchsackes an seiner Basis geschritten. Hierzu wurde unter dem Schutze eines bis in das Abdomen

eingeführten Fingers ein starker Katgutfaden durch den Bruchsackhals dicht an der Bruchpforte nach Art einer Schnürnaht eingelegt (mittels mehrerer Durchstiche vor dem Abrutschen gesichert, sog. „Tabaksbeutelnaht“). Es wurde in der Regel an der betreffenden Stelle mit einer geeigneten Zange eine Schnürrinne hergestellt und in dieser der vorher eingelegte Katgutfaden geknotet. Dieser Verschluss ist sehr sicher. Es folgt Exstirpation des ganzen Bruchsackes; wenn nötig, Verengerung der Bruchpforte durch Katgutnähte nach Anfrischung ihrer Ränder. Sofortiger oder sekundärer (nach einigen Tagen lockerer Jodoformtamponade) Verschluss der Wunde mittels Katgut-Etagennähten. Seidennähte der Haut; kleines Drain. Nach Heilung der Wunde wird ein passendes Bruchband mit ganz schwacher Feder verordnet.

Nunmehr noch einiges über den Erfolg der Operationen quoad sanationem.

Von den 39 Operierten (Fall 16 mit eingerechnet) starben 9 während der Operation, bez. bald nach derselben (Fall 13; 15; 16; 28; 31; 32; 35; 36; 39). Von diesen wurde Fall 32 moribund in die Klinik eingeliefert, während im Fall 16 der Tod unvermutet eintrat. Bei den anderen 7 stellten schwere Komplikationen den Erfolg der unabweisbaren Operation in Frage. Bei Fall 28; 31; 36 waren schwere peritonitische Erscheinungen entweder schon vorher vorhanden (36), oder traten später auf und erreichten einen Grad, welcher den Tod des Patienten zur Folge hatte. Bei Fall 39 war amyloïde Degeneration der Milz, Leber, der Nieren und eines grossen Teiles des Darmtraktus nachzuweisen.

Bei Fall 13 und 15 erfolgte der Tod an Erschöpfung. In Betreff des Falles 35 fehlt jeder Anhalt über die Todesursache, da Krankengeschichte sowie Sektionsprotokoll nicht vorhanden sind.

Von den 30 Patienten, welche die Operation gut überstanden, sind 4 im Laufe der Zeit verstorben (Fall 3, 11, 12,

29). Fall 12 ist schon oben besprochen. Frau Nowack (Fall 11) ist 1889 mit Tode abgegangen. Von ihren Angehörigen war nicht zu ermitteln, an welcher Krankheit sie gestorben, und ob der Bruch an der alten Stelle wieder hervorgetreten sei; dasselbe gilt von Fall 3. — Der Schäfer Born (29) ist im April 1890 an einem Lungenleiden gestorben. Er hat, wie seine Eltern bestimmt angeben, von einem erneuten Auftreten eines Bruches an der alten Stelle nichts bemerkt.

Es haben 10 (!) Patienten auf eine Anfrage nach ihrem jetzigen Befinden zu antworten nicht für wert gehalten!

5 der früheren Patienten waren auch mit Hilfe der Behörden nicht aufzufinden (Fall 2, 19, 22, 24, 26).

Über das Erscheinen eines neuen Bruches an der Stelle des operierten klagen 4 Patienten (1, 6, 27, 30).

Rezidivfrei sind 7 (Fall 5, 14, 17, 18, 20, 25, 34) und zwar:

Fall 5 seit 5 Jahren;
„ 14) „ 4 „
„ 17)
„ 18)
„ 20) „ 3 „
„ 25)
„ 34 „ 2 „

Zu Schluss gestatte ich mir, Herrn Prof. Helferich für die gütige Überweisung des Themas meinen schuldigen Dank auszusprechen.

Literatur.

1) Jahresbericht über die chirurg. Klinik zu Greifswald, 1888/89.
2) Hüter's Chirurgie.

Lebenslauf.

Ich, Georg Richard Felix Gaerber, evangelischer Konfession, Sohn des zu Schweidnitz in Schlesien wohnhaften Arbeitshaus-Inspector a. D. Friedrich Gaerber und seiner Ehegattin Pauline geborene Seefeld, wurde am 14. October 1863 zu Schweidnitz geboren. Ich besuchte die Mittelschule meiner Vaterstadt bis zum 11. Lebensjahre, von welchem an ich meine weitere Ausbildung auf dem schweidnitzer Gymnasium erhielt. Dasselbe verliess ich zu Michaelis 1885 mit dem Zeugnis der Reife und wandte mich nach Greifswald zum Studium der Medizin. Dort wurde ich am 27. October 1885 immatrikuliert. Die ärztliche Vorprüfung bestand ich im Juli 1887, das Tentamen medic. am 21. Januar 1890, das Examen rigorosum am Tage darauf. Während meiner Studienzeit besuchte ich die Vorlesungen, Kurse und Kliniken folgender Herren Professoren und Docenten:

Arndt. Ballowitz. J. Budge. † Gerstaecker. Grawitz. Helferich. Hoffmann. Krabler. Landois. Limprecht. Löffler. Mosler. Oberbeck. Peiper. Pernice. v. Preuschen. Rinne. Schirmer. Schmitz. Schulz. Solger. Sommer. Strübing.

Diesen meinen hochverehrten Lehrern sage ich an dieser Stelle meinen schuldigen Dank.

Thesen.

1.

Die Herniotomia interna ist nach dem jetzigen Stande der Antiseptik eine relativ ungefährliche Operation.

2.

Es giebt keine stichhaltige Indikation für die Herniotomia externa.

3.

Die populär-medizinischen Artikel in den Zeitschriften sind dem lesenden Laienpublikum mehr schädlich als nützlich.